

LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. C. P. PRIMIGRAVIDA
DENGAN GAWAT JANIN DI RUANG BERSALIN
RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG
TANGGAL 05 S/D 09 JUNI 2017



OLEH

ARIANCE RIKE

142111007

PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI
KUPANG
2017

LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. C. P. PRIMIGRAVIDA
DENGAN GAWAT JANIN DI RUANG BERSALIN
RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG
TANGGAL 05 S/D 09 JUNI 2017

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu
Persyaratan Memperoleh Gelar Ahli Madya Kebidanan



OLEH

ARIANCE RIKE

142111007

PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI
KUPANG
2017

SURAT PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Laporan Tugas Akhir yang berjudul “Asuhan Kebidanan pada Ny. C. P. Primigravida dengan Gawat Janin di Ruang Bersalin RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang tanggal 05 Mei s/d 09 Juni 2017” adalah hasil karya saya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun.

Kupang, Agustus 2017

Yang menyatakan



Ariance Rike
142111007

LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING

Laporan tugas Akhir ini dengan judul **“ASUHAN KEBIDANAN PADA PRIMIGRAVIDA DENGAN GAWAT JANIN DI RUANG BERSALIN RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG TANGGAL 05 S/D 09 JUNI 2017”** telah disetujui dan diajukan dalam seminar Karya Tulis Ilmiah mahasiswa atas nama : Ariance Rike, NIM : 142111007 Program Studi D III Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.

Kupang, Agustus 2017

Menyetujui

Pembimbing I



Appolonaris T. Berkanis, S.Kep., Ns., M.HKes

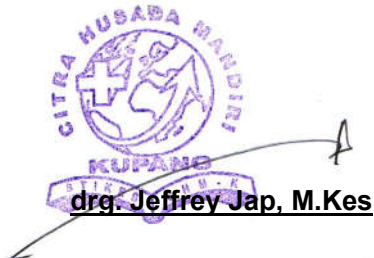
Pembimbing II



Yohana F. Lumu Ladiar, SST

Mengetahui

Ketua
STIKes CHM-K



drg. Jeffrey Jap, M.Kes

Ketua
Prodi D III Kebidanan



Ummu Zakiah, SST., M.Keb

LEMBAR PENGESAHAN TIM PENGUJI

Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. C. P. PRIMIGRAVIDA DENGAN GAWAT JANIN DI RUANG BERSALIN RSUD PROF. Dr. W. Z. JOHANNES KUPANG**” telah disetujui dan diajukan dalam seminar Karya Tulis Ilmiah Mahasiswa atas nama: Ariance Rike, NIM: 142111007 Program Studi D III Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang, benar-benar telah diuji dan dipertahankan di depan tim penguji ujian Karya Tulis Ilmiah pada tanggal 22 Agustus 2017.

Kupang, Agustus 2017

Panitia penguji


Ketua : Jeni Nurmawati, SST., M.Kes

Anggota 1. Appolonaris T. Berkanis, S.Kep, Ns, MH. Kes

2. Yohana F. Lumu Ladjar, SST

Mengetahui,

Ketua
STIKes CHM-Kupang


drg. Jeffrey Jap, M.Kes

Ketua
Program Studi D III Kebidanan
STIKes CHM-Kupang


Ummu Zakiah, SST., M.Keb

BIODATA PENULIS

Nama : Ariance Rike

Tempat Tanggal Lahir : Teriwu, 01 April 1996

Agama : Kristen Protestan

Alamat : Jl. Manafe, Kel. Kayu Putih, Kec. Oebobo,
Kota Kupang

Pendidikan :

1. SD Negeri Teriwu (2002-2008)
2. SMP Negeri Satu Atap Teriwu (2008-2011)
3. SMA Negeri 1 Sabu Barat (2011-2014)
4. STIKes CHM-Kupang (2014-2017)

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Mendekatlah kepada Allah, dan Ia akan mendekat kepadamu.

Yakobus 4:8

Karya Tulis Ini Kupersembahkan Untuk:

1. Tuhan Yesus sebagai sumber penolongku
2. Orang tua tercinta Bapak Yunus Rike dan Ibu Luiza Jako Kore serta kakak Emny, Nadjo & Nape yang selalu memberikan dukungan & motivasi
3. Dosen-dosen prodi Kebidanan
4. Sahabat-sahabat seperjuangan kebidanan angkatan VII dan almamaterku tercinta STIKES CHMK

ABSTRAK

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Citra Husada Mandiri Kupang
Jurusan D-III Kebidanan
Studi Kasus, Agustus 2017

“ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. C. P. PRIMIGRAVIDA DENGAN GAWAT JANIN DI RUANG BERSALIN RSUD. PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG TANGGAL 29 MEI S/D 17 JUNI 2017”

Latar Belakang : Istilah gawat janin biasanya menandakan kekhawatiran obstetric tentang keadaan janin, yang kemudian berakhir dengan seksio secarea atau persalinan buatan lainnya. Disebut gawat janin, bila ditemukan denyut jantung janin di atas 160 x/menit atau dibawah 120x/menit, atau keluarnya mekonium yang kental pada awal persalinan. Berdasarkan data yang didapat di ruang bersalin RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang, pada tahun 2014 persalinan dengan gawat janin sebanyak 58 kasus, tahun 2015 sebanyak 69 kasus, tahun 2016 sebanyak 62 kasus. Penanganan yang cepat dan tepat terhadap masalah gawat janin sangat diperlukan terutama pada kehamilan aterm.

Tujuan : Dapat memberikan asuhan kebidanan pada Ny. C. P. dengan gawat janin menggunakan pendekatan manajemen kebidanan di ruang bersalin RSUD Prof. W. Z. Johannes Kupang secara tepat dan benar.

Metode : Jenis penelitian yang digunakan adalah metode penelitian kualitatif yaitu prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang dapat diamati dengan menggunakan pendekatan studi kasus. Oleh karena itu, pada penelitian ini menggambarkan asuhan kebidanan pada Ny. C. P. primigravida dengan gawat janin di ruang bersalin RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang.

Pembahasan : Asuhan kebidanan yang diberikan pada Ny. C. P. primigravida dengan gawat janin menggunakan 7 langkah Varney. Dari hasil pemeriksaan didapatkan DJJ 164 x/menit. Penanganan yang dilakukan yaitu anjurkan ibu untuk tidur miring kiri, ajarkan ibu teknik relaksasi, pasang oksigen 3 L/menit, observasi kesejahteraan janin dan hasil kolaborasi dengan dokter SpOG : ibu dianjurkan untuk SC. Pada tanggal 06-06-2017 pukul 01.00 wita dilakukan SC, pada pukul 01.30 wita lahir bayi laki-laki, A/S 9/10, BB 2600 gram, PB 47 cm, LK 33 cm, LD 31 cm, LP 29 cm. Evaluasi keadaan ibu dan bayi sehat, serta tidak terjadi komplikasi, sehingga antara teori dan praktek tidak ditemukan adanya kesenjangan.

Kesimpulan : Ibu dan bayi di rawat di rumah sakit dengan menggunakan manajemen Varney selama 4 hari. Ibu dan bayi pulangkan pada tanggal 09-06-2017. Pada akhir studi kasus semua diagnose bisa diatasi dan tidak terjadi komplikasi, sehingga ibu dan bayi pulang dengan selamat.

Kata Kunci : Kehamilan, gawat janin, seksio sesarea

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan rahmat-Nya penulis dapat menyelesaikan penyusunan Laporan Tugas Akhir yang berjudul “Asuhan Kebidanan pada Primigravida dengan Gawat Janin di Ruang Bersalin RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang tanggal 05 Juni s/d 09 Juni 2017”. Laporan Tugas Akhir ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan (Amd. Keb) di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Citra Husada Mandiri Kupang.

Bersama ini perkenalkan penulis mengucapkan terima kasih kepada Appolonaris T. Berkanis, S. Kep., Ns., M. HKes selaku Pembimbing I dan Yohana F. Lumu Ladjar, SST selaku Pembimbing II yang telah bersedia membimbing penulis hingga terselesainya penyusunan Laporan Tugas Akhir ini, serta ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Ir. Abraham Paul Liyanto selaku Pembina Yayasan Citra Bina Insan Mandiri Kupang yang telah menyediakan dan memberikan kesempatan kepada penulis menempuh pendidikan di STIKes CHMK.
2. drg. Jeffrey Jap, M. Kes selaku Ketua STIKes Citra Husada Mandiri Kupang yang dengan segala kebijakannya menuntun seluruh mahasiswa selama proses pendidikan di kampus.
3. Ummu Zakiah, SST, M. Keb selaku Ketua Program Studi DIII Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang yang telah memberikan bimbingan dan pengajaran selama penulis menjalani masa pendidikan.
4. Jeni Nurmawati, SST., M. Kes selaku penguji yang telah memberikan masukan, saran dan kritik pembangun untuk terselesainya penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
5. Uria Oematan, SST selaku Kepala Ruang Bersalin RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang yang telah membimbing dan membantu penulis selama proses studi kasus akhir di rumah sakit.
6. Para dosen Program Studi DIII Kebidanan atas bimbingan dan arahan kepada penulis selama mengikuti pendidikan.
7. Ny. C. P. beserta keluarga yang telah bersedia dan bekerja sama menjadi responden Laporan Tugas Akhir.

8. Keluarga tercinta : ayah Yunus Rike, ibu Luiza Jako Kore dan kakak-kakak tersayang Febriany Rike & Samuel Raja Lawa, Nurlina Rike, Nelci Mariana Rike, anak Anggun Raja Lawa & Meilcirrilo Raja Lawa, oma tersayang Henderina Hata serta terbaik S. Pa Taka.
9. Teman-teman seperjuangan kebidanan angkatan VII terutama kelas A yang dalam suka dan duka telah berjuang bersama-sama.
10. Semua pihak yang dengan caranya masing-masing telah turut serta membantu terselesainya penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.

Semoga Tuhan membalas budi dan kebaikan semua pihak yang telah member kesempatan dan dukungan. Penulis menyadari bahwa Laporan Tugas Akhir ini jauh dari sempurna, namun penulis berharap laporan ini bermanfaat bagi pembaca khususnya mahasiswi kebidanan maupun keperawatan.

Kupang, Agustus 2017

Ariance Rike

DAFTAR ISI

Halaman Sampul Luar	i
Halaman Sampul Dalam	ii
Halaman Surat Pernyataan.....	iii
Lembar Persetujuan	iv
Lembar Pengesahan Tim Penguji.....	v
Biodata Penulis.....	vi
Motto dan Persembahan.....	vii
Abstrak	viii
Kata Pengantar.....	ix
Daftar Isi	xi
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah	3
1.3. Tujuan Penulisan	3
1.4. Manfaat Penulisan	4
1.5. Sistematika Penulisan.....	4
BAB II TINJAUAN TEORI	6
2.1. Konsep Dasar Kehamilan	6
2.2. Konsep Dasar Gawat Janin	11
2.3. Konsep Dasar Sectio Caesarea	19
2.4. Konsep Manajemen Kebidanan	23
BAB III METODE PENELITIAN.....	30
3.1. Desain Penelitian.....	30

3.2. Populasi, Sampel dan Sampling	30
3.3. Kerangka Kerja	31
3.4. Waktu dan Tempat Penelitian	32
3.5. Etika Penelitian	33
BAB IV HASIL PENELITIAN.....	35
4.1. Hasil Penelitian	35
4.2. Pembahasan.....	42
BAB V PENUTUP	51
5.1. Kesimpulan	51
5.2. Saran	54
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Setiap kehamilan merupakan proses alamiah, bila tidak dikelola dengan baik akan memberikan komplikasi pada ibu dan janin yang dalam keadaan sehat dan aman. Salah satu komplikasi pada janin yaitu gawat janin. Istilah gawat janin biasanya menandakan kekhawatiran obstetri tentang keadaan janin, yang kemudian berakhir dengan seksio secarea atau persalinan buatan lainnya. Disebut gawat janin, bila ditemukan denyut jantung janin diatas 160x/menit atau dibawah 120x/menit, denyut jantung tidak teratur, atau keluarnya mekonium yang kental pada awal persalinan (Prawirohardjo, 2013).

Di Indonesia berdasarkan data Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 angka kematian bayi 32/1.000 kelahiran hidup, neonatus 19/1.000 kelahiran hidup, angka kematian balita 40/1.000 kelahiran hidup (Kemenkes, 2015). Tahun 2015 Angka Kematian Bayi ditargetkan turun menjadi 23/1.000 kelahiran hidup untuk mencapai tujuan pembangunan Milenium Development Goals (MDGs). Berdasarkan data yang didapat di ruang bersalin RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang, pada tahun 2014 persalinan dengan gawat janin sebanyak 58 kasus, tahun 2015 sebanyak 69 kasus, tahun 2016 sebanyak 62 kasus. Penanganan yang cepat dan tepat terhadap masalah gawat janin sangat diperlukan terutama pada kehamilan aterm.

Gerakan janin yang menurun atau berlebihan menandakan gawat janin. Tetapi biasanya tidak ada gejala-gejala subjektif. Seringkali indikator

gawat janin yang pertama adalah perubahan dalam pola denyut jantung janin (bradikardia, takikardia, tidak adanya variabilitas, atau deselerasi lanjut). Gawat janin terjadi bila janin tidak menerima O₂ cukup, sehingga mengalami hipoksia. Situasi ini dapat terjadi kronik (dalam jangka waktu lama) atau akut (Prawirohardjo, 2009). Gawat janin dapat terjadi karena partus lama, infus oksitosin, perdarahan, infeksi, insufisiensi plasenta, ibu diabetes, kehamilan pre dan post term atau prolaps tali pusat (Saifuddin, 2009).

Bidan merupakan salah satu tenaga dari tim pelayanan kesehatan yang keberadaannya paling dekat dengan ibu mempunyai peran penting dalam mengatasi masalah melalui asuhan kebidanan. Dalam melaksanakan asuhan kebidanan dituntut memiliki wawasan yang luas, trampil dan sikap profesional. Tindakan yang kurang tepat dapat menimbulkan komplikasi yangt mengancam nyawa ibu maupun bayinya. Peran bidan dalam pelayanan obstetrik dan neonatal darurat serta pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan menjadi sangat penting dalam upaya pencegahan komplikasi dan penurunan angka kematian. Berdasarkan d ata yang didapat dan masih banyaknya kehamilan dengan gawat janin penulis tertarik untuk melakukan studi kasus tentang “Asuhan Kebidanan pada Ny. C. P. Primigravida dengan Gawat Janin di Ruang Bersalin RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang”

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan pada latar belakang yang diuraikan di atas maka dapat dirumuskan rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimana Asuhan Kebidanan pada Ny. C. P. Primigravida dengan Gawat Janin di Ruang Bersalin RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang?”

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Dapat memberikan asuhan kebidanan pada Ny. C. P. dengan Gawat janin menggunakan pendekatan manajemen kebidanan di Ruang Bersalin RSUD Prof. W. Z. Johannes Kupang secara tepat dan benar.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi pengkajian data dasar pada Ny. C. P. primigravida dengan gawat janin
2. Mengidentifikasi diagnosa masalah pada Ny. C. P. primigravida dengan gawat janin
3. Mengidentifikasi dan mengantisipasi masalah potensial pada Ny. C. P. primigravida dengan gawat janin
4. Mengidentifikasi kebutuhan terhadap tindakan segera pada Ny. C. P. primigravida dengan gawat janin
5. Menyusun rencana asuhan secara menyeluruh pada Ny. C. P. primigravida dengan gawat janin
6. Melakukan penatalaksanaan asuhan secara efisien dan aman pada Ny. C. P. primigravida dengan gawat janin
7. Mengevaluasi keefektifan dari asuhan yang diberikan pada Ny. C. P. primigravida dengan gawat janin

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Teoritis

Dapat bermanfaat dan memberikan tambahan pengetahuan dan sebagai bahan masukan atau panduan dalam memberikan asuhan kebidanan pada ibu dengan gawat janin.

1.4.2 Praktis

a. Bagi Penulis

Untuk meningkatkan ketrampilan mahasiswa dalam menghadapi studi kasus dan dapat wawasan ilmu pengetahuan dan pengalaman belajar khususnya tentang manajemen kebidanan ibu hamil dengan gawat janin.

b. Bagi Institusi Pendidikan

Studi kasus ini dapat digunakan sebagai sarana kepustakaan dan menambah informasi mahasiswa dalam melaksanakan asuhan kebidanan terhadap ibu hamil dengan gawat janin.

c. Bagi Profesi Bidan

Studi kasus ini dapat digunakan sebagai bahan masukan bagi bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan agar lebih memperhatikan kondisi biopsikososial spiritual khususnya pada ibu hamil dengan gawat janin.

1.5 Sistematika Penulisan

Dalam penulisan studi kasus ini penulis membagi dalam 5 BAB yaitu :

Bab I. Pendahuluan berisi tentang Latar Belakang, Rumusan Masalah, Tujuan Penulisan, Manfaat Penulisan, Sistematika Penulisan

Bab II. Tinjauan Pustaka berisi tentang Kehamilan, Gawat Janin, Seksio Sesarea, Manajemen Kebidanan

Bab III. Metodologi Penelitian berisi tentang Desain Penelitian dan Rancangan Penelitian, Kerangka Kerja, Pengumpulan Data, Analisa Data, Etika Penelitian

Bab IV. Tinjauan Kasus berisi tentang 7 langkah manajemen kebidanan menurut Varney yaitu : Pengkajian, Analisa Masalah dan Diagnosa, Antisipasi Masalah Potensial, Tindakan Segera, Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi, serta Pembahasan

Bab V. Penutup berisi tentang Kesimpulan dan Saran

Daftar Pustaka

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Dasar Kehamilan

2.1.1 Definisi Kehamilan

Menurut Mirza (2008) dalam buku Asuhan Kebidanan Kehamilan, kehamilan adalah hasil dari “kencan” sperma dan sel telur. Dalam prosesnya, perjalanan sperma untuk menemui sel telur (ovum) betul-betul penuh perjuangan. Dari sekitar 2-4 juta sperma yang dikeluarkan, hanya sedikit yang survive dan berhasil mencapai tempat sel telur. Dari jumlah yang sedikit itu, Cuma 1 sperma saja yang bisa membuahi sel telur.

Menurut Saifuddin (2009), kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi menjadi 3 trimester, dimana trimester satu berlangsung 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu, minggu ke-28 hingga ke-40.

2.1.2 Diagnosis Kehamilan

Menurut Saifuddin (2009), diagnosis dibuat untuk menentukan hal-hal sebagai berikut :

No	Kategori	Gambaran
1.	Kehamilan normal	1. Ibu sehat 2. Tidak ada riwayat obstetri buruk 3. Ukuran uterus sama/sesuai usia kehamilan

		4. Pemeriksaan fisik dan laboratoium normal
2.	Kehamilan dengan masalah khusus	Seperti masalah keluarga atau psiko-sosial, kekerasan dalam rumah tangga, kebutuhan finansial, dan lain-lain
3.	Kehamilan dengan masalah kesehatan yang membutuhkan rujukan untuk konsultasi dan atau kerja sama penanganannya	Seperti hipertensi, anemia berat, preeklamsi, pertumbuhan janin terhambat, infeksi saluran kemih, penyakit kelamin dan kondisi lain-lain yang dapat memburuk selama kehamilan
4.	Kehamilan dengan kondisi kegawatdaruratan yang membutuhkan rujukan segera	Seperti perdarahan, eklamsi, ketuban pecah dini, atau kondisi, kondisi kegawatdaruratan lain pada ibu dan bayi

2.1.3 Hormon-Hormon Kehamilan

Menurut Saryono (2010) hormon yang paling berkaitan dengan kehamilan adalah :

a. Esterogen

Produksi eksterogen plasenta terus naik selama kehamilan dan pada akhir kehamilan kadarnya kira-kira 100 kali sebelum hamil.

b. Progesteron

Produksi progesteron bahkan lebih banyak dibandingkan eksterogen, pada akhir kehamilan produksinya kira-kira 250 mg/hari.

c. Human Chorionic Gonadotropin (HCG)

Puncak sekresinya terjadi kurang lebih 60 hari setelah konsepsi, fungsinya adalah untuk mempertahankan korpus luteum

d. Human Placenta Lactogen (HPL)

Hormon ini diproduksi terus naik dan pada saat aterm mencapai 2 gram/hari. Ia bersifat diabetogenik, sehingga kebutuhan insulin wanita hamil naik.

e. Pituitary Gonadotropin

FSH dan LH berada dalam keadaan sangat rendah selama kehamilan karena ditekan oleh esterogen dan progesteron plasenta.

f. Prolaktin

Produksinya terus meningkat, sebagai akibat kenaikan sekresi esterogen.

g. Growth Hormone (STH)

Produksinya sangat rendah karena mungkin ditekan oleh HPL.

h. TSH, ACHT, dan MSH

Hormon-hormon ini tidak banyak dipengaruhi oleh kehamilan

i. Titoksin

Kelenjar tyroid mengalami hipertropi dan produksi T4 meningkat.

j. Aldosteron, Renin dan Angiotensin

Hormon ini naik, yang menyebabkan naiknya volume intravaskuler.

k. Insulin

Produksi insulin meningkat sebagai akibat esterogen, progesteron dan HPL.

l. Parathormon

Hormon ini relative tidak dipengaruhi oleh kehamilan.

2.1.4 Perubahan-Perubahan pada Ibu Hamil

Menurut Walyani (2015), perubahan-perubahan yang terjadi pada ibu hamil sebagai berikut :

a. Trimester pertama

Segera setelah terjadi peningkatan hormon estrogen dan progesteron dalam tubuh, maka akan muncul berbagai macam ketidaknyamanan secara fisiologis pada ibu misalnya mual muntah, kelelahan, dan pembesaran pada payudara. Hal ini akan memicu perubahan psikologi seperti berikut ini :

- 1) Ibu untuk membenci kehamilan, merasakan kekecewaan, penolakan, kecemasan, dan kesedihan.
- 2) Mencari tahu secara aktif apakah memang benar-benar hamil dengan memperhatikan perubahan pada tubuhnya dan sering kali memberitahukan orang lain apa yang dirahasiakannya.
- 3) Hasrat melakukan seks berbeda-beda pada setiap wanita.
- 4) Sedangkan bagi suami sebagai calon ayah akan timbul kebanggaan, tetapi bercampur dengan keprihatinan akan kesiapan untuk mencari nafkah bagi keluarga.

b. Trimester kedua

Trimester kedua biasanya ibu merasa sehat dan sudah terbiasa dengan kadar hormon yang tinggi, serta rasa tidak nyaman akibat kehamilan sudah mulai berkurang. Perut ibu pun belum terlalu besar sehingga belum dirasakan ibu sebagai beban. Ibu sudah menerima kehamilannya dan dapat dimulai menggunakan energi dan pikirannya secara lebih konstruktif. Pada trimester ini pula ibu dapat

merasakan gerakan janinnya dan ibu mulai merasakan kehadiran bayinya sebagai seseorang di luar dirinya dan dirinya sendiri. Banyak ibu yang merasakan terlepas dari rasa kecemasan dan tidak nyaman seperti yang dirasakan pada trimester pertama dan merasakan meningkatnya libido.

c. Trimester ketiga

- 1) Sakit punggung disebabkan karena meningkatnya beban berat yang dibawa yaitu bayi dalam kandungan
- 2) Pernapasan, pada kehamilan 33-36 minggu banyak ibu hamil yang susah bernafas, ini karena tekanan bayi yang berada di bawah diafragma menekan paru ibu, tapi setelah kepala bayi yang sudah turun ke rongga panggul ini biasanya pada 2-3 minggu sebelum persalinan maka akan merasa lega dan bernafas lebih mudah
- 3) Sering buang air kecil, pembesaran rahim, dan penurunan bayi ke PAP membuat tekanan pada kandung kemih ibu
- 4) Kontraksi perut, braxton-hicks kontraksi palsu berupa rasa sakit yang ringan, tidak teratur dan kadang hilang bila duduk atau istirahat
- 5) Cairan vagina, peningkatan cairan vagina selama kehamilan adalah normal. Cairan biasanya jernih, pada awal kehamilan biasanya agak kental dan pada persalinan lebih cair

2.1.5 Tanda-Tanda Bahaya pada Ibu Hamil

Menurut Saryono (2010) ada 7 tanda bahaya kehamilan, yaitu :

- a. Perdarahan pervaginam
- b. Sakit kepala yang hebat

- c. Penglihatan kabur
- d. Bengkak diwajah dan jari-jari tangan
- e. Keluar cairan pervaginam
- f. Gerakan janin tidak terasa
- g. Nyeri abdomen yang hebat

2.1.6 Tujuan Asuhan Antenatal Care

Menurut Walyani (2015), tujuan asuhan antenatal care yaitu :

- a. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi
- b. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu juga bayi
- c. Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan, dan pembedahan
- d. Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin
- e. Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif
- f. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal

2.2 Konsep Dasar Gawat Janin

2.2.1 Pengertian

Secara luas istilah gawat janin telah banyak dipergunakan, tapi definisi istilah ini sangat miskin. Istilah ini biasanya menandakan kekhawatiran obstetri tentang keadaan janin yang kemudian berakhir

dengan seksio sesarea atau persalinan buatan lainnya. Keadaan janin biasanya dinilai dengan menghitung denyut jantung janin (DJJ) dan memeriksa kemungkinan adanya mekonium di dalam cairan amnion. Sering dianggap DJJ yang abnormal, terutama bila ditemukan mekonium, menandakan hipoksia dan asidosis. Akan tetapi, hal tersebut seringkali tidak benar. Gawat janin terjadi bila janin tidak menerima O₂ cukup, sehingga mengalami hipoksia. Situasi ini dapat terjadi kronik (dalam jangka waktu lama) atau akut (Prawirohardjo, 2013).

Gawat janin menunjukkan suatu keadaan bahaya yang relatif dari janin yang secara serius dapat mengancam kesehatan janin. Gawat janin adalah keadaan janin tidak memperoleh oksigen yang cukup, sehingga mengalami hipoksia dan dapat mengancam kesehatan janin (Maryunani & Puspita Sari, 2013).

2.2.2 Etiologi

Menurut Maryunani & Puspita Sari (2013), etiologi gawat janin antara lain :

a) Penyebab gawat janin, antara lain adanya :

1. Insufisiensi uteroplasental akut :
 - i. Aktivitas uterus berlebihan-hipertonik akut dapat dihubungkan dengan pemberian oksitosin
 - ii. Hipotensi ibu
 - iii. Solusio plasenta
 - iv. Plasenta previa dengan perdarahan

2. Insufisiensi uteroplasental kronik :

- i. Penyakit hipertensi
- ii. Diabetes melitus
- iii. Isoimunisasi Rh

3. Kompresi tali pusat

4. Anestesia blok paraservikal

5. Infeksi virus toxoplasmosis

6. Kehamilan postmatur

7. Medikasi pada ibu (antropine, sikopolamin, diazepam, fenobarbital, magnesium, analgesiknarkotik)

b) Gawat janin dalam persalinan dapat terjadi bila :

- 1. Persalinan berlangsung lama
- 2. Induksi persalinan dengan oksitosin
- 3. Ada perdarahan atau infeksi
- 4. Insufisiensi plasenta, post term, dan pre-eklamsia
- 5. Denyut jantung janin lebih dari 160 x/menit dalam kehamilan variabilitas dasarnya dan menunjukkan deselerasi lanjut pada kontraksi uterus. Bila hipoksia menetap glikolisis anaerob menghasilkan asam laktat dengan PH janin yang menurun.

c) Janin yang beresiko tinggi untuk mengalami gawat janin adalah :

- 1. Janin yang pertumbuhannya terhambat
- 2. Janin dari ibu dengan diabetes melitus
- 3. Janin preterm dan postterm
- 4. Janin dengan kelainan letak

2.2.3 Patofisiologi

Menurut Wiknjosastro (2010), patofisiologi gawat janin adalah sebagai berikut :

1. Dahulu diperkirakan bahwa janin mempunyai tegangan oksigen yang lebih rendah karena ia hidup di lingkungan hipoksia dan asidosis yang kronik. Tetapi pemikiran itu tidak benar karena bila tidak ada tekanan (stress), janin hidup dalam lingkungan yang sesuai dan dalam kenyataannya konsumsi oksigen per gram berat badan sama dengan orang dewasa. Meskipun tekanan oksigen parsial (pO_2) rendah, penyaluran oksigen pada jaringan tetap memadai.
2. Afinitas terhadap oksigen, kadar hemoglobin, dan kapasitas angkut oksigen pada janin lebih besar dibandingkan dengan orang dewasa. Demikian juga halnya dengan curah jantung dan kecepatan arus darah lebih besar dari pada orang dewasa. Dengan demikian penyaluran oksigen melalui plasenta kepada janin dan jaringan perifer dapat terselenggara dengan relatif baik. Sebagai hasil metabolisme oksigen akan membentuk asam piruvat, CO_2 dan air diekskresi melalui plasenta. Bila plasenta mengalami penurunan fungsi akibat perfusi ruang intervili yang berkurang, maka penyaluran oksigen dan ekskresi CO_2 akan terganggu yang berakibat penurunan pH atau timbulnya asidosis. Hipoksia yang berlangsung lama menyebabkan janin harus mengolah glukosa menjadi enersi melalui reaksi anerobik yang tidak efisien, bahkan menimbulkan asam organik yang menambah asidosis metabolik. Pada umumnya asidosis

janin disebabkan oleh gangguan arus darah uterus atau arus darah tali pusat.

3. Bradikardia janin tidak harus berarti merupakan indikasi kerusakan jaringan akibat hipoksia, karena janin mempunyai kemampuan redistribusi darah bila terjadi hipoksia, sehingga vital (otak dan jantung) akan menerima penyaluran darah yang lebih banyak dibandingkan jaringan perifer. Bradikardia mungkin merupakan mekanisme perlindungan agar jantung bekerja lebih efisien sebagai akibat hipoksia.

2.2.4 Klasifikasi

Menurut Maryunani & Puspita Sari (2013), gawat janin diklasifikasikan sebagai gawat janin sebelum persalinan dan selama persalinan, yang diuraikan sebagai berikut :

1) Gawat janin sebelum persalinan :

Gawat janin sebelum persalinan, dibagi menjadi 2 yaitu :

a. Gawat janin kronik :

Gawat janin ini dapat timbul setelah periode yang panjang selama periode antenatal bila status fisiologi dari ibu-janin-plasenta yang ideal dan normal terganggu

b. Gawat janin akut :

Suatu kejadian bencana yang tiba-tiba mempengaruhi oksigenasi janin

2) Gawat janin selama persalinan :

Sementara itu yang dimaksud gawat janin selama persalinan, yakni sebagai berikut :

- a. Menunjukkan hipoksia janin tanpa oksigenasi yang adekuat, denyut jantung janin kehilangan variabilitas dasarnya dan menunjukkan deselerasi lanjut pada kontraksi uterus
- b. Bila hipoksia menetap, glikolisis anaerob menghasilkan asam laktat dengan pH janin yang menurun

2.2.5 Tanda-Tanda Gawat Janin

Menurut Maryunani & Puspita Sari (2013), tanda-tanda gawat janin antara lain :

1. Gawat janin dapat diketahui dari tanda-tanda sebagai berikut :
 - a. Frekuensi bunyi jantung janin kurang dari 120x/menit atau lebih dari 160x/menit
 - b. Berkurangnya gerakan janin (janin normal lebih dari 10 kali per hari)
 - c. Adanya air ketuban bercampur mekonium, warnanya kehijauan, jika bayi lahir dengan letak kepala.
2. Indikasi-indikasi dari kemungkinan gawat janin :
 1. Bradikardia, denyut jantung janin (+) yang kurang dari 120x/menit
 2. Takikardia, akselerasi denyut jantung janin yang memanjang lebih dari 160x/menit.
 - a) Dapat dihubungkan dengan demam ibu sekunder terhadap infeksi intrauteri
 - b) Prematuritas dan antropin juga dihubungkan dengan denyut jantung dasar yang meningkat

3. Variabilitas denyut jantung dasar yang menurun, yang berarti depresi sistem saraf anatomi janin untuk medikasi ibu (atropin, skopopamin, diazepam, fenolbarbitas, magnesium, dan analgesic narkotik) :
 - a) Pola deselerasi, deselerasi lanjut menunjukkan hipoksia janin yang disebabkan oleh insufisiensi uteroplasma
 - b) Deselerasi yang bervariasi tidak berhubungan dengan uterus adalah lebih sering dan muncul untuk menjalankan kompresi sementara waktu saja dari pembuluh darah umbilikus
 - c) Peningkatan hipoksia janin adalah deselerasi lanjut, penurunan variabilitas, bradikardia yang menetap dan pola gelombang sinus.

2.2.5 Diagnosis

Menurut Prawirohardjo (2013), diagnosis gawat janin saat persalinan didasarkan pada denyut jantung janin yang abnormal. Diagnosis lebih pasti jika disertai air ketuban hijau dan kental/sedikit.

Gawat janin dapat terjadi dalam persalinan karena partus lama, infus oksitosin, perdarahan, infeksi, insufisiensi plasenta, ibu diabetes, kehamilan pre dan postterm atau prolapsus tali pusat. Hal ini harus segera dideteksi dan perlu penanganan segera.

2.2.6 Prognosis

Menurut Maryunani & Puspita Sari (2013), komplikasi yang mungkin terjadi akibat gawat janin yakni :

- a) Bagi ibu : partus lama, perdarahan, infeksi
- b) Bagi bayi : asfiksia, kematian janin dalam kandungan (IUFD)

2.2.7 Penatalaksanaan

Menurut Maryunani & Puspita Sari (2013), jika denyut jantung janin diketahui tidak normal, lakukan hal-hal sebagai berikut :

1. Tergantung faktor penyebab : perubahan yaitu dengan posisi miring kiri dan pemberian O₂ 3L/menit membantu mengurangi demam pada maternal dengan hidrasi anti piretik dan tindakan pendinginan
2. Relaksasi (menarik nafas panjang untuk menenangkan ibu dan menambah asupan oksigen)
3. Observasi DJJ tiap 15 menit, apabila dalam 30 menit tidak ada perbaikan keadaan janin, segera kolaborasi dengan dokter obgyn
4. Jika sebab dari ibu diketahui (seperti demam, obat-obatan) mulailah penanganan yang sesuai dengan kondisi ibu :
 - a. Istirahat baring
 - b. Banyak minum (rehidrasi)
 - c. Kompres untuk menurunkan suhu tubuh ibu
 - d. Memberi obat antipiretik
5. Jika sebab dari ibu tidak diketahui dan denyut jantung janin tetap abnormal sepanjang paling sedikit 3 kontraksi, lakukan pemeriksaan dalam untuk mencari penyebab gawat janin :
 - a. Jika terdapat perdarahan dengan nyeri yang hilang timbul atau menetap, pikirkan kemungkinan solusio plsentia
 - b. Jika terdapat tanda-tanda infeksi (demam, sekret vagina berbau tajam) berikan antibiotik untuk amnionitis
 - c. Jika tali pusat terletak di bawah janin atau dalam vagina lakukan penanganan prolaps tali pusat

- d. Jika denyut jantung janin tetap abnormal atau jika terdapat tanda-tanda lain gawat janin (mekonium kental pada cairan amnion, rencanakan persalinan)

2.3 Konsep Dasar Sectio Caesarea

2.3.1 Pengertian

Seksio sesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut atau vagina; atau seksio sesarea adalah suatu histerotomik untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Mochtar, 2008).

Suatu tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat di atas 500 g, melalui sayatan pada dinding uterus yang masih utuh (Wiknjosastro, 2010).

2.3.2 Indikasi

Menurut Wiknjosastro (2010) indikasi seksio sesarea yaitu :

a. Indikasi ibu

- 1) Panggul sempit absolut
- 2) Tumor-tumor jalan lahir yang menimbulkan obstruksi
- 3) Stenosis serviks/vagina
- 4) Plasenta previa
- 5) Disproporsi sefalopelvik

b. Indikasi janin

- 1) Kelainan letak
- 2) Gawat janin

Pada umumnya seksio sesarea tidak dilakukan pada :

- 1) Janin mati
- 2) Sok, anemia berat, sebelum diatasi

3) Kelainan kongenital berat (monster)

2.3.3 Jenis-Jenis Operasi Seksio Sesarea

Menurut Mochtar (2008), jenis-jenis operasi seksio sesarea antara lain :

a. Abdomen (Seksio Sesarea Abdominalis)

1) Seksio secara transperitonealis

- a) Seksio sesarea klasik atau korporal dengan insisi memanjang pada korpus uteri
- b) Seksio sesarea ismika atau profunda atau low cervical insisi pada segmen bawah rahim

2) Seksio sesarea ekstraperitonealis, yaitu tanpa membuka membuka peritoneum parietalis, dengan demikian tidak membuka kavum abdominal

b. Vagina (Seksio Sesarea Vaginalis)

Menurut arah sayatan pada rahim, seksio sesarea dapat dilakukan sebagai berikut :

- 1) Sayatan memanjang (longitudinal) menurut Kronig
- 2) Sayatan melintang (transversal) menurut Keer
- 3) Sayatan huruf T (T-incision)

c. Seksioa Sesarea Klasik (Korporal)

Dilakukan dengan membuat sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10 cm.

Kelebihan :

- 1) Mengeluarkan janin lebih cepat
- 2) Tidak mengakibatkan komplikasi kandung kemih tertarik

3) Sayatan bisa diperpanjang proksimal atau distal

Kekurangan :

- 1) Infeksi mudah menyebar secara intraabdominal karena tidak ada reperitonealisasi yang baik
- 2) Untuk persalinan berikutnya lebih sering terjadi ruptur uteri spontan

d. Seksio Sesarea Ismika (Profunda)

Dilakukan dengan membuat sayatan melintang-konkaf pada segmen bawah rahim (low cervical transversal) kira-kira 10 cm.

Kelebihan :

- 1) Penjahitan luka lebih mudah
- 2) Penutupan luka dengan reperitonealisasi yang baik
- 3) Tumpang tindih dari peritoneal flap baik sekali untuk menahan penyebaran isi uterus ke rongga peritoneum
- 4) Perdarahan kurang
- 5) Dibandingkan dengan cara klasik kemungkinan ruptur uteri spontan kurang/lebih kecil

Kekurangan :

- 1) Luka dapat melebar ke kiri, kanan, dan bawah, sehingga dapat menyebabkan uterine uterus putus sehingga mengakibatkan perdarahan yang banyak
- 2) Keluhan pada kandung kemih post operatif tinggi

2.3.4 Komplikasi

Menurut Mochtar (2008), komplikasi seksio sesarea antara lain :

- 1) Infeksi puerperal (nifas)
 - a. Ringan : dengan kenaikan suhu beberapa hari saja
 - b. Sedang : dengan kenaikan suhu yang lebih suhu
 - c. Berat : dengan peritonitis, sepsis, dan ileus paralitik. Hal ini sering kita jumpai pada partus terlantar, dimana sebelumnya telah terjadi infeksi intrapartal karena ketuban yang pecah terlalu lama. Penanganannya adalah dengan pemberian cairan, elektrolit dan antibiotika yang adekuat dan cepat.
- 2) Perdarahan disebabkan karena :
 - a. Banyak pembuluh darah yang terputus dan terbuka
 - b. Atonia uteri
 - c. Perdarahan pada placenta bed
- 3) Luka kandung kemih, emboli paru dan kandung kemih bila reperitonialisasi terlalu tinggi
- 4) Kemungkinan rupture uteri spontan pada kehamilan mendatang

2.3.5 Prognosis

Menurut Mochtar (2008), dulu angka morbiditas dan mortalitas untuk ibu dan janin tinggi. Pada masa sekarang, oleh karena kemajuan yang pesat dalam tehnik operasi, anastesi, penyediaan cairan dan darah, indikasi dan antibiotika angka ini sangat menurun. Angka kematian ibu pada rumah-rumah sakit dengan fasilitas operasi baik dan tenaga-tenaga cekatan adalah kurang dari 2/1.000. Nasib janin yang ditolong secara seksio sesarea sangat tergantung dari keadaan janin sebelum dilakukan

operasi. Menurut data dari negara-negara dengan pengawasan antenatal yang baik dan fasilitas neonatal yang sempurna, angka kematian perinatal sekitar 4-7%.

2.4 Konsep Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, ketrampilan rangkaian atau tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan berfokus pada klien (Varney, 1997). Manajemen kebidanan terdiri atas tujuh langkah varney yang berurutan, diawali dengan pengumpulan data sampai evaluasi.

2.4.1 Pengumpulan Data Dasar (Pengkajian)

Pada langkah pertama dikumpulkan semua informasi yang akurat dari sumber yang berkaitan dari kondisi klien. Untuk memperoleh data dilakukan dengan cara anamnesa, pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital, meliputi pemeriksaan khusus dan pemeriksaan penunjang (Trisnawati, 2016).

1. Data Subyektif

Data subyektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan pada langkah pertama, terutama data yang diperoleh melalui anamneses. Data subyektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien (Muslihatun, 2009).

a. Identitas umum ibu

Biodata mencakup nama, umur, alamat, pekerjaan, agama, dan pendidikan (Trisnawati, 2016).

b. Keluhan utama

Mendengar keluhan penderita sangat penting untuk pemeriksaan dan dapat memberi keterangan ke arah diagnosis. Adapun keluhan yang dapat dirasakan oleh ibu hamil dengan gawat janin antara lain berkurangnya gerakan janin dan adanya air ketuban bercampur mekonium, warnanya kehijauan (Maryunani & Puspita Sari, 2013).

c. Riwayat kehamilan

Untuk mengetahui berapa umur kehamilan, bagaimana letak janin, bagaimana letak dan keadaan plasenta, apakah sesuai dengan usia kehamilan atau tidak. Berbagai penyebab gawat janin yaitu solusio plasenta, plasenta previa, kehamilan postmatur dan insufisiensi plasenta (Maryunani & Puspita Sari, 2013).

2. Data Obyektif

Data obyektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan terutama data yang diperoleh melalui hasil informasi yang jujur dari pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium/pemeriksaan diagnostik lain (Muslihatun, 2009).

a. Pemeriksaan umum

Pemeriksaan umum sering didapat keterangan-keterangan yang menuju kearah tertentu dalam usaha membuat diagnosis.

Pemeriksaan dasar setiap pasien mencakup suhu, nadi, tekanan darah, pernapasan dan evaluasi penampilan umum (Trisnawati, 2016).

b. Pemeriksaan fisik

Untuk mendengar bunyi jantung janin, apakah jantung janin normal atau tidak, frekuensi jantung normal 120-160 x/menit. Pada ibu hamil dengan gawat janin biasanya ditemukan DJJ yang abnormal (Maryunani & Puspita Sari, 2013).

2.4.2 Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini, dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosis atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosa yang spesifik. Rumusan diagnosis dan masalah keduanya digunakan, karena masalah tidak dapat didefinisikan seperti diagnosis tetapi tetap membutuhkan penanganan. Masalah sering berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan hasil pengkajian. Masalah juga sering menyertai diagnosis (Muslihatun, 2009).

Diagnosis kebidanan yaitu diagnosis yang ditegakkan oleh profesi (bidan) dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosis kebidanan. Diagnosa Ny. X umur ... tahun G..P..A..AH.. UK ... minggu, janin tunggal, hidup atau ganda, intra atau ekstra uteri, letak janin membujur atau melintang, punggung kanan atau kiri, kepala sudah masuk PAP atau belum, penurunan kepala, apakah DJJ normal atau tidak (Estiwidani, dkk, 2008).

Menurut Maryunani & Puspita Sari (2013), kriteria menentukan diagnosa gawat janin didasarkan pada denyut jantung janin yang abnormal (frekuensi bunyi jantung janin kurang dari 120x/menit atau lebih dari

160x/menit). Diagnosis lebih pasti jika disertai air ketuban hijau dan kental/sedikit.

2.4.3 Mengidentifikasi Diagnosis atau Masalah Potensial dan Mengantisipasi Penanganannya

Pada langkah ini, bidan mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosis potensial berdasarkan diagnosis atau masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan dapat waspada dan bersiap-siap mencegah diagnosis atau masalah ini benar-benar terjadi. Langkah ini penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman. Pada langkah ketiga ini, bidan dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial, tidak hanya merumuskan tindakan antisipasi agar masalah atau diagnosis potensial tidak terjadi. Sehingga langkah ini benar merupakan langkah yang bersifat antisipasi yang rasional atau logis (Trisnawati, 2016).

Menurut Maryunani & Puspita Sari (2013), pada kasus ibu dengan gawat janin, diagnosis atau masalah potensial yang mungkin terjadi :

- a. Pada ibu : partus lama, perdarahan, infeksi
- b. Pada janin : asfiksia, kematian janin dalam kandungan (IUFD)

2.4.4 Menetapkan Kebutuhan Tindakan Segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan/atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Jadi, manajemen bukan hanya selama asuhan primer periodik atau kunjungan prenatal saja tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan terus

menerus, misalnya pada waktu wanita tersebut dalam persalinan. Data baru mungkin saja dikumpulkan dan dievaluasi. Beberapa data mungkin mengidentifikasi situasi yang gawat di mana bidan harus bertindak segera untuk kepentingan keselamatan jiwa ibu dan anak. Data yang baru saja dikumpulkan mungkin dapat menunjukkan satu situasi yang memerlukan tindakan segera sementara yang lain harus menunggu intervensi dari seorang dokter. Situasi lainnya tidak merupakan kegawatan tetapi memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter (Trisnawati, 2016).

Menurut Maryunani & Puspita Sari (2013), tindakan segera yang dapat dilakukan oleh bidan pada ibu dengan gawat janin adalah :

- a. Anjurkan ibu untuk tidur miring kiri
- b. Pasang oksigen
- c. Observasi DJJ
- d. Konsultasi dengan dokter SpOG

2.4.5 Menyusun Rencana Asuhan yang Menyeluruh

Pada langkah ini, dilakukan perencanaan yang menyeluruh, ditentukan langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi, pada data ini informasi/data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling, dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial

ekonomi-kultural atau masalah psikologis. Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus rasional dan benar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang up to date serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan dilakukan klien (Trisnawati, 2016).

Menurut Maryunani & Puspita Sari (2013), jika denyut jantung janin diketahui tidak normal, lakukan hal-hal sebagai berikut :

1. Perubahan posisi yaitu dengan posisi miring kiri dan pemberian O₂ 3L/menit Membantu mengurangi demam pada maternal dengan hidrasi anti piretik dan tindakan pendinginan
2. Relaksasi (menarik nafas panjang untuk menenangkan ibu dan menambah asupan oksigen)
3. Observasi DJJ tiap 15 menit, apabila dalam 30 menit tidak ada perbaikan keadaan janin, segera kolaborasi dengan dokter obgyn

2.4.6 Pelaksanaan Langsung Asuhan dengan Efisien dan Aman

Pada langkah keenam ini, rencana asuhan yang menyeluruh dilangkah kelima harus dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian oleh klien, atau anggota tim kesehatan lainnya. Jika bidan tidak melakukan sendiri, bidan tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya, memastikan langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana. Dalam situasi di mana bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, maka keterlibatan bidan dalam manajemen asuhan bagi klien adalah tetap bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan

bersama yang menyeluruh tersebut. Manajemen yang efisien akan menyangkut waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dan asuhan klien (Trisnawati, 2016).

2.4.7 Evaluasi

Pada langkah ketujuh ini dilakukan evaluasi efektifitas dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi didalam masalah dan diagnosis. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya.

Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut lebih efektif sedang sebagian belum efektif. Mengingat bahwa proses manajemen asuhan ini merupakan suatu kegiatan yang berkesinambungan, maka perlu mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang tidak efektif melalui manajemen tidak efektif serta melakukan penyesuaian terhadap rencana asuhan tersebut (Trisnawati, 2016).

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian dan Rancangan Penelitian

Desain penelitian merupakan rencana penelitian yang disusun sedemikian rupa sehingga peneliti dapat memperoleh jawaban terhadap pertanyaan penelitian. Jenis penelitian yang digunakan adalah metode penelitian kualitatif. Penelitian kualitatif merupakan prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang dapat diamati dengan menggunakan pendekatan studi kasus (Hidayat, 2011).

Oleh karena itu, pada penelitian ini menggambarkan asuhan kebidanan pada Ny. C. P. primigravida dengan gawat janin di Ruang Bersalin RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang.

3.2 Populasi, Sampel dan Sampling

3.2.1 Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek atau subjek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Hidayat, 2011). Populasi pada penelitian ini adalah semua ibu dengan gawat janin di Ruang Bersalin RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang.

3.2.2 Sampel

Sampel merupakan bagian populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi. Dalam penelitian kebidanan, kriteria sampel meliputi kriteria inklusi dan kriteria

eksklusi, dimana kriteria tersebut menentukan dapat dan tidaknya sampel yang digunakan. Kriteria inklusi merupakan kriteria dimana subjek penelitian dapat mewakili sampel penelitian yang memenuhi syarat sebagai sampel. Pertimbangan ilmiah harus menjadi pedoman dalam menentukan kriteria inklusi (Hidayat, 2011). Kriteria inklusinya adalah : ibu yang bersedia menjadi responden ibu hamil. Sampel pada penelitian ini adalah seorang ibu dengan gawat janin di rawat di Ruang Bersalin RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang.

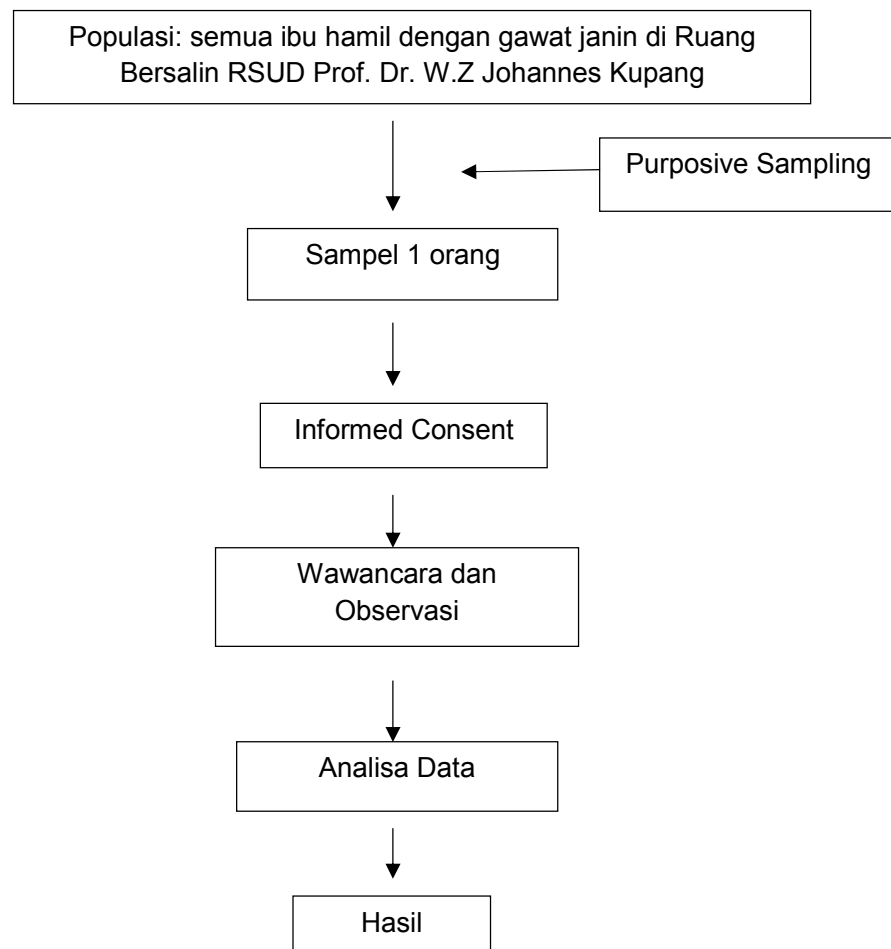
3.2.3 Sampling

Teknik sampling merupakan suatu proses seleksi sampel yang digunakan dalam penelitian dari populasi yang ada, sehingga jumlah sampel akan mewakili keseluruhan populasi yang ada, secara umum ada dua jenis pengambilan sampel yakni probability sampling dan nonprobability sampling (Hidayat, 2011). Teknik sampling yang digunakan adalah nonprobability sampling dengan teknik purposive sampling yaitu dengan cara peneliti memilih responden berdasarkan pada pertimbangan subyektif dan praktis, bahwa responden tersebut dapat memberikan informasi yang memadai untuk menjawab pertanyaan penelitian (Notoatmodjo, 2005).

3.3 Kerangka Kerja (Frame Work)

Kerangka kerja merupakan langkah-langkah yang akan dilakukan dalam penelitian yang berbentuk kerangka atau alur peneliti, mulai dari desain hingga analisis datanya (Hidayat, 2011).

Kerangka kerja dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :



3.4 Waktu dan Tempat Penelitian

Lokasi studi kasus merupakan tempat dimana pengambilan kasus tersebut dilaksanakan (Notoatmodjo, 2005).

Lokasi penelitian dilaksanakan di Ruang Bersalin RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang. Waktu penelitian pada tanggal 05 – 09 Juni 2017.

3.5 Etika Penelitian

Menurut Hidayat (2011), masalah etika penelitian kebidanan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian keperawatan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus dipertahankan. Masalah etika yang harus diperhatikan antara lain sebagai berikut :

1. Informed Consent

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. Informed consent diberikan sebelum penelitian dilakukan. Tujuan informed consent adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian dan dampaknya. Jika subjek bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika responden tidak bersedia maka peneliti harus menghormati hak pasien. Beberapa informasi yang harus ada dalam informed consent antara lain: partisipasi pasien, tujuan dilakukan tindakan, jenis data yang dibutuhkan, komitmen, prosedur pelaksanaan, potensial masalah yang akan terjadi, manfaat, kerahasiaan, informasi yang mudah dihubungi, dan lain-lain.

2. Anonymity (Tanpa Nama)

Masalah etika kebidanan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atas hasil penelitian yang akan disajikan.

3. Kerahasiaan (Confidentiality)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi atau masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaan oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian studi kasus dilakukan di ruang bersalin RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang, Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT).

1. Ketenagakerjaan di Ruang Bersalin

- a. Dokter spesialis kandungan berjumlah 5 orang
- b. Bidan berjumlah 45 orang

Sistem kerja petugas kesehatan ini menggunakan pembagian 3 shift jaga, yakni pagi (pukul 07.00-14.00 wita), siang (14.00-21.00 wita) dan malam (21.00-07.00 wita). Jumlah tenaga bidan 4-5 orang/shift dan dokter 1 orang/shift setiap harinya.

2. Fasilitas di Ruang Bersalin

Fasilitas yang tersedia di ruang bersalin terdiri dari :

- a. Bad 15 buah
- b. Lemari penyimpanan obat-obatan 1 buah
- c. Troli tempat penyimpanan alat pemeriksaan vital sign, gunting, plester, alkohol, larutan klorin, safety box, tempat sampah medik dan non medik (1 buah)
- d. Meja dan kursi untuk petugas kesehatan (1 dan 5 buah)

4.1.2 Hasil Penelitian Studi Kasus

1. Pengkajian

Pengkajian ini dilakukan pada tanggal 05 Juni 2017 pukul 20.20 wita. Pada pengumpulan data subyektif Ny. C. P. umur 29 tahun

didapatkan data subyektif yaitu ibu mengeluh perut rasa kencang-kencang, sakit perut menjalar ke belakang, ibu merasakan pergerakan janin berkurang sejak pukul 18.00 wita, adanya pengeluaran pervaginam berupa lendir bercampur darah dari jalan lahir pukul 20.00 wita. Ibu mengatakan belum ada pengeluaran air-air dari jalan lahir.

Data objektif didapatkan tafsiran partus sesuai perhitungan HPHT adalah 16-06-2017, keadaan umum baik, kesadaran composmentis, tanda-tanda vital yaitu tekanan darah 120/80 mmHg, suhu 36,6°C, frekuensi nadi 84 x/menit, frekuensi napas 24 x/menit. Hasil pemeriksaan fisik dengan inspeksi : ibu tampak kesakitan, tidak pucat, kelopak mata tidak edema, konjungtiva merah muda, sklera putih, payudara simetris, areola mammae hiperpigmentasi, colostrum sudah ada, ekstremitas tidak ada edema dan varises, ada keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir.

Palpasi Leopold I : TFU 3 jari bawah px, pada bagian fundus teraba bulat, lunak, tidak melenting. Leopold II : pada perut ibu bagian kiri teraba keras, datar, memanjang. Leopold III : pada perut bagian bawah teraba keras, bulat dan sulit digoyangkan. Leopold IV : kepala sudah masuk PAP (divergen) dan penurunan kepala 4/5. His 1 x 30 menit, lamanya 10-15 detik. Pada hasil auskultasi : DJJ (+), terdengar jelas, kuat dan tidak teratur, frekuensi 164 x/menit.

Pemeriksaan dalam dilakukan atas indikasi keluarnya lendir bercampur darah dari jalan lahir. Tujuan dilakukan pemeriksaan dalam adalah untuk menilai pembukaan serviks dan kemajuan persalinan. Hasil pemeriksaan dalam vulva dan vagina tidak ada kelainan, portio masih

tebal, belum ada pembukaan. Pada pemeriksaan penunjang Hemoglobin 12,4 g/dl (>10 g/dl), HCT 38,3 % (35 - 47 %).

2. Analisa Masalah dan Diagnosa

Berdasarkan hasil pengkajian data subyektif dan data obyektif di atas penulis mengidentifikasi diagnosa berdasarkan nomenklatur kebidanan yaitu Ny. C. P. adalah G1 P0 A0 AH0 UK 38 minggu 3 hari , janin tunggal, hidup, intrauterin, presentasi kepala, dengan gawat janin.

Data subyektif pendukung diagnosa yaitu ibu mengatakan hamil anak pertama, belum pernah keguguran, ibu mengatakan perut rasa kencang-kencang, sakit perut menjalar ke belakang, ibu merasakan pergerakan janin berkurang sejak pukul 18.00 wita, adanya pengeluaran pervaginam berupa lendir bercampur darah dari jalan lahir pukul 20.00 wita, HPHT 09-09-2016. Ibu mengatakan belum ada pengeluaran air-air dari jalan lahir.

Data obyektif pendukung diagnosa yaitu tafsiran partus sesuai perhitungan HPHT adalah 16-06-2017, keadaan umum baik, kesadaran composmentis, tanda-tanda vital yaitu tekanan darah 120/80 mmHg, suhu 36,6°C, frekuensi nadi 84 x/menit, frekuensi napas 24 x/menit. Hasil pemeriksaan fisik dengan inspeksi : ibu tampak kesakitan, tidak pucat, kelopak mata tidak edema, konjungtiva merah muda, sklera putih, payudara simetris, areola mammae hiperpigmentasi, colostrum sudah ada, ekstremitas tidak ada edema dan varises, ada keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir.

Palpasi Leopold I : TFU 3 jari bawah px, pada bagian fundus teraba bulat, lunak, tidak melenting. Leopold II : pada perut ibu bagian kiri

teraba keras, datar, memanjang. Leopold III : pada perut bagian bawah teraba keras, bulat dan sulit digoyangkan. Leopold IV : kepala sudah masuk PAP (divergen) dan penurunan kepala 4/5. His 1 x 30 menit, lamanya 10-15 detik. Pada hasil auskultasi : DJJ (+), terdengar jelas, kuat dan tidak teratur, frekuensi 164 x/menit.

Pemeriksaan dalam dilakukan atas indikasi keluarnya lendir bercampur darah dari jalan lahir. Tujuan dilakukan pemeriksaan dalam adalah untuk menilai pembukaan serviks dan kemajuan persalinan. Hasil pemeriksaan dalam vulva dan vagina tidak ada kelainan, portio masih tebal, belum ada pembukaan.

3. Diagnosa Masalah Potensial

Dari hasil analisa diagnosa dan masalah maka antisipasi masalah potensial pada Ny. C. P. dengan gawat janin adalah potensial terjadinya partus lama, perdarahan dan infeksi pada ibu. Sedangkan pada janin adalah potensial terjadinya asfiksia dan kematian janin dalam kandungan (IUFD).

4. Tindakan Segera

Tindakan segera dilakukan untuk mengatasi masalah potensial yang akan terjadi pada kasus ini, yaitu anjurkan ibu untuk tidur miring kiri, pasang oksigen 3 L/menit, observasi kesejahteraan janin.

5. Perencanaan

Perencanaan yang dilakukan pada Ny. C. P. Pada tanggal 05-06-2017 pukul 21.40 wita yaitu lakukan pendekatan pada ibu dan keluarga, rasional : terciptanya hubungan yang baik dan terjalin kerjasama yang baik antara pasien dengan tenaga kesehatan. Cuci tangan sebelum dan

sesudah melakukan tindakan, rasional : cuci tangan merupakan cara pencegahan infeksi sehingga tidak terjadi penularan kuman dari petugas kesehatan kepada pasien atau sebaliknya. Informasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan, rasional : informasi yang jelas merupakan hak ibu dan keluarga agar lebih kooperatif dalam asuhan yang di berikan. Anjurkan ibu untuk tidur miring kiri, rasional : posisi tidur miring kiri agar tidak menekan vena cava inferior sehingga tidak menurunnya aliran darah dari ibu ke plasenta. Ajarkan ibu teknik relaksasi, rasional : relaksasi merupakan teknik untuk mengurangi nyeri yang dirasakan. Lakukan pemasangan oksigen, rasional : pemberian oksigen sebagai usaha untuk meningkatkan pergantian oksigen fetomaternal. Observasi DJJ, rasional : observasi DJJ sangat penting dilakukan untuk memantau kesejahteraan janin. Melakukan kolaborasi dengan dokter SpOG, rasional : kolaborasi memudahkan dalam pemberian asuhan tindakan yang akan dilakukan. Lakukan KIE kepada ibu dan keluarga tentang persiapan operasi yang akan dilakukan, rasional : KIE membantu keluarga memahami kondisi pasien saat ini dan tindakan yang akan dilakukan. Lakukan pendokumentasian semua tindakan yang telah dilakukan, rasional : sebagai bahan tanggung jawab dan tanggung gugat bagi bidan.

6. Pelaksanaan

Pelaksanaan tindakan pada Ny. C. P. dilakukan pada tanggal 05-06-2017 pukul 21.50 wita yaitu melakukan pendekatan pada ibu dan keluarga, telah terciptanya hubungan yang baik dan terjalin kerjasama yang baik antara pasien dengan tenaga kesehatan. Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan sebagai bentuk pencegahan

infeksi sehingga tidak terjadi penularan kuman dari petugas kesehatan kepada pasien atau sebaliknya Menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan yaitu keadaan umum ibu baik, kesadaran : composmentis, TTV : TD : 120/80 mmHg, N : 84x/menit, S : 36,6 °C, R : 24x/menit, pemeriksaan dalam belum ada pembukaan. Keadaan janin kurang baik karena frekuensi DJJ 164 x/menit.

Menganjurkan ibu untuk tidur miring kiri agar tidak menekan vena cava inferior sehingga tidak menurunnya aliran darah dari ibu ke plasenta dengan benar yaitu kaki kiri diluruskan, kaki kanan dalam keadaan ditekuk, ibu mengerti dan sudah tidur dalam posisi miring kiri. Mengajarkan ibu teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri yang dirasakan, ibu dapat melakukan sesuai anjuran. Melakukan pemasangan oksigen sebagai usaha untuk meningkatkan pergantian oksigen fetomaternal, oksigen telah terpasang dengan kecepatan 3L/menit. Melakukan observasi DJJ sangat penting dilakukan untuk memantau kesejahteraan janin, observasi DJJ telah dilakukan. Hasil observasi : pukul 22.00 DJJ 166 x/menit, pukul 22.15 DJJ 165 x/menit, pukul 22.30 DJJ 165 x/menit, pukul 22.45 DJJ 166 x/menit, pukul 23.00 DJJ 167 x/menit, pukul 23.15 DJJ 166 x/menit, pukul 23.30 DJJ 170 x/menit, pukul 23.45 DJJ 174 x/menit. Melakukan kolaborasi dengan dokter SpOG untuk memudahkan dalam pemberian asuhan tindakan yang akan dilakukan, kolaborasi telah dilakukan, advis : observasi ketat DJJ, jika tidak ada perubahan maka cito SC. Melakukan KIE kepada ibu dan keluarga tentang keadaan janin dan kemungkinan akan dilakukan SC agar keluarga memahami kondisi pasien saat ini dan tindakan yang akan dilakukan, ibu dan keluarga berunding dan setuju untuk melakukan

SC. Melakukan pemasangan infus RL untuk mempertahankan kondisi cairan dan elektrolit dalam keadaan seimbang. Melakukan skin test cefotaxime untuk menghindarkan pasien dari efek alergi obat. Memasang dower kateter untuk mengatasi retensi perkemihan, obstruksi aliran urine, pengkajian residu urine dan penatalaksanaan pre dan pasca operasi. Melayani injeksi cefotaxime 2 gr/IV untuk mencegah infeksi luka operasi. Melakukan pendokumentasian semua tindakan yang telah dilakukan sebagai bahan tanggung jawab dan tanggung gugat bagi bidan, pendokumentasi telah dilakukan.

7. Evaluasi

Dari perencanaan dan pelaksanaan yang diberikan dan dilaksanakan dengan baik maka evaluasi yang dibuat pada tanggal 05-06-2017 pukul 22.15 wita yaitu telah terjalin hubungan yang baik antar ibu dan bidan serta ibu dan keluarga bersedia untuk bekerja sama, telah dilakukan cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan, ibu dan keluarga menerima dan mengerti dengan penjelasan yang diberikan, ibu mengerti dan sudah tidur dalam posisi miring kiri, observasi kesejahteraan janin telah dilakukan, oksigen telah terpasang dengan kecepatan 3 L/menit, kolaborasi telah dilakukan, ibu dan keluarga telah berunding dan setuju untuk melakukan SC, pasang infus RL 20 tpm, lakukan skin test cefotaxime, pasang dower kateter, layani injeksi cefotaxime 2 gr/IV, pada tanggal 06-06-2017 pukul 01.00 wita kehamilan diakhiri dengan SC atas indikasi gawat janin, lahir bayi laki-laki, A/S 9/10, BB 2600 gram, PB 47 cm, LK 33 cm, LD 31 cm, LP 29 cm, pendokumentasian telah dilakukan.

Pada tanggal 09-06-2017 pukul 09.00 wita keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, tanda vital dalam batas normal, tidak ditemukan tanda-tanda infeksi. Keadaan umum bayi baik, tanda-tanda vital bayi dalam batas normal. Berdasarkan hasil pemeriksaan dan visite dokter ibu dan bayi diperbolehkan pulang.

4.2 Pembahasan

Pada bagian ini penulis akan membahas kesenjangan antara konsep teori dan pendekatan manajemen kebidanan menurut 7 langkah Varney pada Ny. C. P. primigravida dengan gawat janin di ruang bersalin RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang tanggal s/d Juni 2017 mulai dari pengkajian yang dilakukan, asuhan/penatalaksanaan dan evaluasi yang diberikan pada kasus Gawat Janin tidak jauh berbeda antara teori dan kenyataan yang ada di lapangan.

Pembahasan ini akan disusun berdasarkan teori dan alasan nyata dengan pendekatan manajemen kebidanan yang terdiri dari 7 langkah Varney.

4.2.1 Pengkajian

Pada langkah pertama dikumpulkan semua informasi yang akurat dari sumber yang berkaitan dari kondisi klien. Untuk memperoleh data dilakukan dengan cara anamnesa, pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital, meliputi pemeriksaan khusus dan pemeriksaan penunjang (Trisnawati, 2016).

Menurut Maryunani & Puspita Sari (2013), pada kasus ibu dengan gawat janin sering ditemukan keluhan berkurangnya gerakan janin serta adanya air ketuban bercampur mekonium, warnanya kehijauan.

Sedangkan pada data objektif ditemukan hasil auskultasi DJJ yang abnormal (frekuensi jantung normal 120-160 x/menit).

Anamnesa yang dilakukan pada Ny. C. P. didapatkan data subyektif ibu mengeluh perut rasa kencang-kencang, sakit perut menjalar ke belakang, ibu merasakan pergerakan janin berkurang sejak pukul 18.00 wita, adanya pengeluaran pervaginam berupa lendir bercampur darah dari jalan lahir pukul 20.00 wita. Ibu mengatakan belum ada pengeluaran air-air dari jalan lahir.

Pada hasil auskultasi : DJJ (+), terdengar jelas, kuat dan tidak teratur, frekuensi 164 x/menit. Pemeriksaan dalam dilakukan atas indikasi keluarnya lendir bercampur darah dari jalan lahir. Hasil pemeriksaan dalam vulva dan vagina tidak ada kelainan, portio masih tebal, belum ada pembukaan.

Berdasarkan hasil pengkajian pada Ny. C. P. ditemukan adanya kesesuaian antara teori dan kasus Ny. C. P. dimana didapatkan keluhan berkurangnya pergerakan janin dan DJJ yang abnormal yakni 164 x/menit.

4.2.2 Analisa Masalah dan Diagnosa

Pada langkah ini, dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosis atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosa yang spesifik. Rumusan diagnosis dan masalah keduanya digunakan, karena masalah tidak dapat didefinisikan seperti diagnosis tetapi tetap membutuhkan penanganan. Masalah sering berkaitan dengan hal-hal yang

sedang dialami wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan hasil pengkajian. Masalah juga sering menyertai diagnosis (Muslihatun, 2009).

Diagnosis kebidanan yaitu diagnosis yang ditegakkan oleh profesi (bidan) dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosis kebidanan. Diagnosa Ny. X umur ... tahun G..P..A..AH.. UK ... minggu, janin tunggal, hidup atau ganda, intra atau ekstra uteri, letak janin membujur atau melintang, punggung kanan atau kiri, kepala sudah masuk PAP atau belum, penurunan kepala, dengan gawat janin (Estiwidani, dkk, 2008).

Menurut Maryunani & Puspita Sari (2013), kriteria menentukan diagnosa gawat janin didasarkan pada denyut jantung janin yang abnormal (frekuensi bunyi jantung janin kurang dari 120x/menit atau lebih dari 160x/menit). Diagnosis lebih pasti jika disertai air ketuban hijau dan kental/sedikit.

Berdasarkan data subjektif dan objektif pada Ny. C. P. saat dilakukan anamneses dan pemeriksaan didapatkan ibu umur 29 tahun, hamil anak pertama, belum pernah melahirkan, tidak pernah keguguran, sudah terlambat haid 9 bulan, HPHT 09-09-2016 dengan keluhan gerakan janin berkurang dan auskultasi DJJ yang abnormal, yakni 164 x/menit.

Berdasarkan data subjektif dan objektif pada Ny. C. P. maka diagnosa yang dapat ditegakkan adalah G1 P0 A0 AH0 UK 38 minggu + 3 hari, janin tunggal, hidup, intrauteri, letak kepala dengan gawat janin di ruang bersalin RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang. Dengan demikian ada beberapa kesesuaian antara teori dan yang terjadi pada kasus. Sedangkan menentukan diagnosa dengan letak punggung dan penurunan

kepala menurut Estiwidani (2008) tidak dilakukan sehingga ditemukan ketidaksesuaian antar teori dan kasus.

4.2.3 Diagnosa Masalah Potensial

Pada langkah ini, bidan mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosis potensial berdasarkan diagnosis atau masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan dapat waspada dan bersiap-siap mencegah diagnosis atau masalah ini benar-benar terjadi. Langkah ini penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman. Pada langkah ketiga ini, bidan dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial, tidak hanya merumuskan tindakan antisipasi agar masalah atau diagnosis potensial tidak terjadi. Sehingga langkah ini benar merupakan langkah yang bersifat antisipasi yang rasional atau logis (Trisnawati, 2016).

Menurut Maryunani & Puspita Sari (2013), komplikasi yang mungkin terjadi akibat gawat janin yaitu partus lama, perdarahan, infeksi pada ibu serta asfiksia dan kematian janin dalam kandungan (IUFD) pada janin.

Pada kasus Ny. C. P. diagnosa masalah potensial yang dapat terjadi adalah partus lama, perdarahan dan infeksi pada ibu. Sedangkan pada janin adalah potensial terjadinya asfiksia dan kematian janin dalam kandungan (IUFD).

Berdasarkan teori dan kasus terdapat kesesuaian dimana masalah potensial yang dapat terjadi pada ibu yaitu partus lama, perdarahan dan infeksi. Sedangkan pada janin potensial terjadinya asfiksia dan kematian janin dalam kandungan (IUFD).

4.2.4 Tindakan Segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan/atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Data baru mungkin saja dikumpulkan dan dievaluasi. Beberapa data mungkin mengidentifikasi situasi yang gawat di mana bidan harus bertindak segera untuk kepentingan keselamatan jiwa ibu dan anak. Data yang baru saja dikumpulkan mungkin dapat menunjukkan satu situasi yang memerlukan tindakan segera sementara yang lain harus menunggu intervensi dari seorang dokter. Situasi lainnya tidak merupakan kegawatan tetapi memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter (Trisnawati, 2016).

Pada langkah antisipasi ini identifikasi tindakan segera yang dapat dilakukan bidan yaitu anjurkan ibu untuk tidur miring kiri, pasang oksigen, observasi DJJ dan kolaborasi dengan dokter sebagai tindakan kerja sama tim (Maryunani & Puspita Sari, 2013).

Tindakan segera dilakukan untuk mengatasi masalah potensial yang akan terjadi pada kasus Ny. C. P. yaitu anjurkan ibu untuk tidur miring kiri, pasang oksigen 3 L/menit, observasi kesejahteraan janin, kolaborasi dengan dokter.

Berdasarkan teori ada kesesuaian pada kasus Ny. C. P. dilihat dari tindakan segera yang dilakukan yaitu anjurkan ibu untuk tidur miring kiri, pasang oksigen 3 L/menit, observasi kesejahteraan janin.

4.2.5 Perencanaan

Pada langkah ini merupakan bagian untuk merencanakan asuhan secara menyeluruh yang akan ditentukan berdasarkan hasil kajian pada langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosa atau masalah yang telah teridentifikasi atau diantisipasi.

Menurut Maryunani & Puspita Sari (2013), jika denyut jantung janin diketahui tidak normal, lakukan hal-hal sebagai berikut : perubahan posisi yaitu dengan posisi miring kiri dan pemberian O₂ 3L/menit, membantu mengurangi demam pada maternal dengan hidrasi anti piretik dan tindakan pendinginan, relaksasi (menarik nafas panjang untuk menenangkan ibu dan menambah asupan oksigen), observasi kesejahteraan janin tiap 15 menit, apabila dalam 30 menit tidak ada perbaikan keadaan janin, segera kolaborasi dengan dokter obgyn.

Pada Ny. C. P. dengan gawat janin peneliti merencanakan asuhan kebidanan disesuaikan dengan kondisi ibu yakni berdasarkan diagnosa dan antisipasi masalah potensial pada kasus ini yakni : lakukan pendekatan pada ibu dan keluarga, cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan, informasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan, anjurkan ibu untuk tidur miring kiri, ajarkan ibu teknik relaksasi, lakukan pemasangan oksigen, observasi kesejahteraan janin, lakukan kolaborasi dengan dokter SpOG, lakukan KIE kepada ibu dan keluarga tentang persiapan operasi yang akan dilakukan, lakukan pendokumentasian semua tindakan yang telah dilakukan.

Pada langkah ini dapat disimpulkan ada kesesuaian antara tinjauan teori dan studi kasus yang terjadi di lapangan. Hal ini dilihat dengan

perencanaan yang dilakukan pada kasus yang alami oleh Ny. C. P. yaitu anjurkan ibu untuk tidur miring kiri, ajarkan ibu teknik relaksasi, lakukan pemasangan oksigen, observasi kesejahteraan janin, lakukan kolaborasi dengan dokter SpOG.

4.2.6 Pelaksanaan

Pada langkah keenam ini, rencana asuhan yang menyeluruh dilangkah kelima harus dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian oleh klien, atau anggota tim kesehatan lainnya. Jika bidan tidak melakukan sendiri, bidan tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya, memastikan langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana. Dalam situasi di mana bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, maka keterlibatan bidan dalam manajemen asuhan bagi klien adalah tetap bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Manajemen yang efisien akan menyangkut waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dan asuhan klien (Trisnawati, 2016).

Pelaksanaan asuhan yang diberikan pada Ny. C. P. dengan gawat janin yaitu melakukan pendekatan pada ibu dan keluarga, mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan, menganjurkan ibu untuk tidur miring kiri, melakukan pemasangan oksigen, melakukan observasi kesejahteraan janin, melakukan kolaborasi dengan dokter SpOG, melakukan KIE kepada ibu dan keluarga tentang persiapan operasi yang akan dilakukan,

melakukan pemasangan infus RL 20 tpm, melakukan skin test cefotaxime, memasang dower kateter, melayani injeksi cefotaxime 2 gr/IV, pada tanggal 06-06-2017 pukul 01.00 wita kehamilan diakhiri dengan SC atas indikasi gawat janin, lahir bayi laki-laki, A/S 9/10, BB 2600 gram, PB 47 cm, LK 33 cm, LD 31 cm, LP 29 cm, melakukan pendokumentasian semua tindakan yang telah dilakukan.

Semua tindakan yang telah direncanakan dilaksanakan seluruhnya dengan baik tanpa hambatan karena adanya kerja sama dan penerimaan yang baik dari klien serta adanya dukungan dari keluarga dan petugas kesehatan.

4.2.7 Evaluasi

Pada langkah ketujuh ini dilakukan evaluasi efektifitas dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi didalam masalah dan diagnosis. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya.

Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut lebih efektif sedang sebagian belum efektif. Mengingat bahwa proses manajemen asuhan ini merupakan suatu kegiatan yang berkesinambungan, maka perlu mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang tidak efektif melalui manajemen tidak efektif serta melakukan penyesuaian terhadap rencana asuhan tersebut (Trisnawati, 2016).

Evaluasi pelaksanaan asuhan kebidanan pada Ny. C. P. primigravida dengan gawat janin adalah pada tanggal 05-06-2017 pukul 20.20 wita dengan gawat janin. Pada tanggal 06-06-2017 pukul 01.00 wita

dilakukan persalinan dengan SC atas indikasi gawat janin. Tanggal 06-06-2017 pukul 01.30 wita lahir bayi laki-laki, A/S 9/10, BB 2600 gram, PB 47 cm, LK 33 cm, LD 31 cm, LP 29 cm. Pada tanggal 09-06-2017 pukul 09.00 wita keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, tanda vital dalam batas normal, tidak ditemukan tanda-tanda infeksi. Keadaan umum bayi baik, tanda-tanda vital bayi dalam batas normal. Berdasarkan hasil pemeriksaan dan visite dokter ibu dan bayi diperbolehkan pulang.

Evaluasi hasil pelaksanaan asuhan kebidanan pada Ny. C. P. dengan gawat janin sesuai dengan rencana tindakan yang telah ditentukan sesuai teori dan kebutuhan klien.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Setelah dilakukan asuhan kebidanan pada ibu dengan gawat janin di ruang bersalin RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang pada tanggal 06-09 Juni 2017 telah diterapkan asuhan kebidanan dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan 7 langkah Varney yang meliputi pengkajian, analisa masalah dan diagnosa, antisipasi masalah dan diagnosa potensial, tindakan segera, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi, dapat disimpulkan :

1. Pada pengkajian data subyektif yang dilakukan pada Ny. C. P. didapatkan adalah ibu hamil anak yang pertama, belum pernah melahirkan, tidak pernah keguguran, sudah terlambat haid 9 bulan, HPHT 09-09-2016 dan keluhan ibu pada waktu datang yaitu perut rasa kencang-kencang, sakit perut menjalar ke belakang, ibu merasakan pergerakan janin berkurang sejak pukul 18.00 wita, adanya pengeluaran pervaginam berupa lendir bercampur darah dari jalan lahir pukul 20.00 wita. Ibu mengatakan belum ada pengeluaran air-air dari jalan lahir. Data objektif keadaan umum baik, kesadaran composmentis, tanda vital : tekanan darah 120/80 mmHg, suhu 36,6°C, nadi 84 x/menit, RR 24 x/menit. Ibu tampak kesakitan, ada keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir. Palpasi Leopold I : TFU 3 jari bawah px, pada bagian fundus teraba bulat, lunak, tidak melenting. Leopold II : pada perut ibu bagian kiri teraba keras, datar, memanjang. Leopold III : pada perut bagian bawah teraba keras, bulat dan sulit digoyangkan. Leopold IV : kepala sudah masuk PAP (divergen) dan

penurunan kepala 4/5. His 1 x 30 menit, lamanya 10-15 detik. Pada hasil auskultasi : DJJ (+), terdengar jelas, kuat dan tidak teratur, frekuensi 164 x/menit. Pemeriksaan dalam dilakukan atas indikasi keluarnya lendir bercampur darah dari jalan lahir. Hasil pemeriksaan dalam vulva dan vagina tidak ada kelainan, portio masih tebal, belum ada pembukaan. Pada pemeriksaan penunjang Hemoglobin 12,4 g/dl (>10 g/dl), HCT 38,3 % (35 - 47 %).

2. Dari hasil pengkajian data subyektif, obyektif, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang yang didapatkan pada Ny. C. P. maka interpretasi data yang dilakukan untuk menentukan diagnosa berdasarkan nomenklatur kebidanan yaitu G1 P0 A0 AH0 UK 38 minggu 3 hari, janin tunggal, hidup, intauterin, presentasi kepala dengan gawat janin.
3. Diagnosa masalah potensial pada Ny. C. P. primigravida dengan gawat janin yaitu partus lama, perdarahan dan infeksi pada ibu. Sedangkan pada janin adalah potensial terjadinya asfiksia dan kematian janin dalam kandungan (IUFD).
4. Tindakan segera pada Ny. C. P. primigravida dengan gawat janin adalah anjurkan ibu untuk tidur miring kiri, pasang oksigen 3 L/menit, observasi kesejahteraan janin, kolaborasi dengan dokter.
5. Perencanaan asuhan pada Ny. C. P. primigravida dengan gawat janin yaitu lakukan pendekatan pada ibu dan keluarga, cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan, informasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan, anjurkan ibu untuk tidur miring kiri, ajarkan ibu teknik relaksasi, lakukan pemasangan oksigen, observasi kesejahteraan janin, lakukan kolaborasi dengan dokter SpOG, lakukan KIE kepada ibu

dan keluarga tentang persiapan operasi yang akan dilakukan, lakukan pendokumentasian semua tindakan yang telah dilakukan.

6. Pelaksanaan asuhan pada Ny. C. P. primigravida dengan gawat janin yaitu melaksanakan sesuai perencanaan yaitu melakukan pendekatan pada ibu dan keluarga, mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan, menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan, menganjurkan ibu untuk tidur miring kiri, mengajarkan ibu teknik relaksasi, melakukan pemasangan oksigen, melakukan observasi kesejahteraan janin, melakukan kolaborasi dengan dokter SpOG, melakukan KIE kepada ibu dan keluarga tentang persiapan operasi yang akan dilakukan, melakukan pemasangan infus RL 20 tpm, melakukan skin test cefotaxime, memasang dower kateter, melayani injeksi cefotaxime 2 gr/IV, melakukan pendokumentasian semua tindakan yang telah dilakukan.
7. Berdasarkan data subyektif, obyektif, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang pada Ny. C. P. dengan gawat janin pada saat dilakukan asuhan tidak ada masalah dan penyulit. Setelah dilakukan evaluasi, pada tanggal 06-06-2017 pukul 01.00 wita kehamilan diakhiri dengan SC atas indikasi gawat janin, lahir bayi laki-laki. A/S 9/10, BB 2600 gram, PB 47 cm, LK 33 cm, LD 31 cm, LP 29 cm. Pada tanggal 09-06-2017 pukul 09.00 wita keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, tanda vital dalam batas normal, tidak ditemukan tanda-tanda infeksi. Keadaan umum bayi baik, tanda-tanda vital bayi dalam batas normal. Berdasarkan hasil pemeriksaan dan visite dokter ibu dan bayi diperbolehkan pulang.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Penulis

Diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan menambah wawasan dalam menyediakan asuhan kebidanan komprehensif dan berbasis evidence pada ibu hamil dengan gawat janin.

5.2.2 Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan penulis mampu meningkatkan ilmu pengetahuan tentang ilmu kebidanan khususnya asuhan kebidanan pada gawat janin atau kasus-kasus patologi lainnya dalam ilmu kebidanan agar mampu menerapkan teori dalam praktek lapangan.

5.2.3 Bagi Profesi Bidan

Diharapkan bidan lebih profesional dalam melakukan asuhan kebidanan pada kasus gawat janin dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan 7 langkah Varney.

DAFTAR PUSTAKA

- Estiwidani, dkk. 2008. *Dokumentasi untuk Kebidanan*. Yogyakarta :Graha Ilmu
- Hidayat, A. Aziz Alimul. 2011. *Metode Penelitian Kebidanan & Teknik Analisis Data*. Jakarta : Salemba Medika
- Kemenkes RI. 2015. *Profil Kesehatan Indonesia 2014*. Jakarta : Kemenkes RI
- Maryunani, Anik & Eka Puspita Sari. 2013. *Asuhan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. Jakatra : TIM
- Mirza, Maulana. 2008. *Panduan Lengkap Kehamilan*. Yogyakarta : Kata Hati
- Mochtar, Rustam. 2008. *Sinopsis Obstetri Operatif Obstetri Sosial Ed. 2. Jilid 2*. Jakarta : EGC
- Muslihatun, WatiNur, dkk. 2009. *Dokumentasi Kebidanan*. Yogyakarta : Fitrimaya
- Notoatmodjo. 2005. *Metodologi Penelitian Kebidanan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Prawirohardjo, Sarwono. 2013. *Ilmu Kebidanan Ed. 4, Cet. 2*. Jakarta : PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Prawirohardjo, Sarwono. 2009. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardirzajo
- Saifuddin. 2009. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Saryono. 2010. *Asuhan Kebidanan I (Kehamilan)*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Trisnawati, Frisca. 2016. *Pengantar Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Prestasi Pustaka Publisher
- Walyani, E. S. 2015. *Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan*. Yogyakarta : Pustaka Baru Press
- Wiknjosastro, Hanifa. 2010. *Ilmu Bedah Kebidanan*. Jakarta : PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo



PEMERINTAH PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG
 JL. DR. Moch Hatta No. 19 Kupang Telp (0380) – 833614.Fax (0380) 832892
 Website : www.rsudwzjohannes.nttprof.go.id email : rsudjohannes@gmail.com
 KUPANG Kode Pos : 85111

SURAT PENGANTAR

Nomor : 322 / DIKLIT / VI / 2017

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Teresia Surat Bayo, S.Kep.Ners.
 Jabatan : Kepala Sub Bidang Diklit
 NIP/Pangkat Gol. : 19670615 199501 2 003 / Penata Tk. I (III-d).

Menerangkan bahwa :


Nama : Ariance Rike
 Jenis Kelamin : Perempuan
 NIM : 142 111 007
 Asal Fak./Jur./Univ. : STIKes CHMK Prodi D3 Kebidanan.


Yang akan melaksanakan Pengambilan Data Awal / Studi Kasus di Ruang Bersalin (VK) dan Instalasi Rekam Medik RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang, selama 1 (satu) bulan, terhitung mulai tanggal 5 Juni s/d 5 Juli 2017, dengan judul :

**"Asuhan Kebidanan Pada Ibu G1P0A0 Usia Kehamilan 38 Minggu + 3 Hari
 Inpartu Fase Laten Dengan Gawat Janin
 di Ruang Bersalin RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang".**

Demikian Surat Pengantar ini dibuat, atas kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Kupang, 13 Juni 2017
 RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang,
 Kepala Sub Bidang Diklit


Teresia Surat Bayo, S.Kep.Ners
 Penata TK.I
 NIP. 196706151995012003

Aec 13/6-17.
 Fwid 

NB. Tolong laksanakan data jwb PX gawat janin
 y hr kerakin. th.

LEMBAR PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth.

Calon Responden Studi Kasus Mahasiswi Jurusan Kebidanan

STIKes Citra Husada Mandiri Kupang

Di Tempat

Dengan Hormat

Saya mahasiswi jurusan kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang jalur umum mengadakan studi kasus pada primigravida dengan gawat janin. Untuk maksud tersebut saya mohon kesediaan pasien sebagai subyek penelitian studi kasus saya, untuk menjawab setiap pertanyaan yang diajukan dan saya menjamin kerahasiaan pendapat dan identitas pasien dan keluarga.

Partisipasi pasien dalam menjawab pertanyaan sangat saya hargai. Atas partisipasi dan kerja sama yang baik saya ucapkan terima kasih.

Kupang, 05 Juni 2017

Hormat Saya

Ariance Rike

NIM 142 111 007

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Judul : Asuhan Kebidanan Pada Ny. C. P. Primigravida Dengan Gawat Janin Di
Ruang Bersalin RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang Tanggal 05 S/D
09 Juni 2017

Peneliti : Ariance Rike

Bahwa saya diminta berperan serta dalam studi kasus yang nantinya akan menjawab pertanyaan yang akan diajukan oleh peneliti. Sebelumnya saya sudah diberikan penjelasan mengenai maksud studi kasus ini, dan saya mengerti bahwa peneliti akan menjaga kerahasiaan diri saya. Apabila saya merasa tidak nyaman dengan peneliti, saya berhak untuk mengundurkan diri sebagai responden.

Demikian lembar persetujuan ini dibuat secara sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari siapapun untuk berperan serta dalam studi kasus ini dan bersedia menandatangani lembar persetujuan ini.

Kupang, 05 Juni 2017

Responden

Ny. C. P.



PEMERINTAH PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR
 RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG
 JL. DR. Moch Hatta No. 19 Kupang Telp (0380) – 833614.Fax (0380) 832892
 Website : www.rsudwzjohannes.nttprof.go.id email : rsudjohannes@gmail.com
 KUPANG Kode Pos : 85111

SURAT KETERANGAN SELESAI STUDI KASUS

Nomor : RSUD / 070 / Um. 520 / VI / 2017

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Teresia Surat Bayo, S.Kep.Ners.
 Jabatan : Kepala Sub Bidang Diklit
 NIP/Pangkat Gol. : 19670615 199501 2 003 / Penata Tk. I (III-d).

Menerangkan bahwa :

Nama : Ariance Rike
 Jenis Kelamin : Perempuan
 NIM : 142 111 007
 Asal Fak./Jur./Univ. : STIKes CHMK Prodi DIII Kebidanan.

Benar-benar telah selesai melakukan Pengambilan Data Awal / Studi Kasus di Ruang Bersalin (VK) dan Instalasi Rekam Medik RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang, selama dua (2) minggu, terhitung mulai tanggal 5 s/d 16 Juni 2017, dengan Judul :

"Asuhan Kebidanan Pada Ibu G1P0A0 Usia Kehamilan 38 Minggu + 3 Hari

Inpartu Fase Laten Dengan Gawat Janin

di Ruang Bersalin RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang".

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Kupang, 16 Juni 2017
 RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang
 Kepala Sub Bidang Diklit

Teresia Surat Bayo, S.Kep.Ners.
 Penata Tk. I
 NIP. 19670615 199501 2003



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
(STIKES CHM-K)**
Jl. Manafe No.17 Kayu Putih Oebufu Kupang-NTT
Telp / faks. (62-0380) 8553961 / 8553590
Kupang – NTT Indonesia
Email: stikeschmk@yahoo.com

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU PRIMIGRAVIDA DENGAN GAWAT JANIN

I. PENGKAJIAN

Nama mahasiswa : Ariance Rike
Tempat pengkajian : Ruang Bersalin RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang
Hari/tanggal : Senin, 05-06-2017
Jam : 20.20 Wita

BIODATA

Nama istri	: Ny. C. P.	Nama suami	: Tn. Y. P.
Umur	: 29 tahun	Umur	: 31 tahun
Agama	: Khatolik	Agama	: Khatolik
Suku/ Bangsa	: Maumere/Indonesia	Suku/ Bangsa	: Maumere/Indonesia
Pendidikan	: S1	Pendidikan	: S1
Pekerjaan	: Pegawai Bank	Pekerjaan	: Swasta
Alamat	: Kayu Putih	Alamat	: Kayu Putih

A. DATA SUBJEKTIF

- Keluhan utama : Ibu mengeluh perut rasa kencang-kencang, sakit perut menjalar ke belakang, ibu merasakan pergerakan janin berkurang sejak pukul 18.00 wita, adanya pengeluaran pervaginam berupa lendir bercampur darah dari jalan lahir pukul 20.00 wita, ibu mengatakan belum ada pengeluaran air-air dari jalan lahir.

➤ Riwayat Haid Siklus

- Menarche : 13 tahun
- Siklus : 28 hari
- Lamanya darah : 3-4 hari
- Sifat darah : Encer
- Nyeri haid : Tidak ada
- HPHT : 09-09-2016
- TP : 16-06-2017

➤ Riwayat Perkawinan

- Status perkawinan : Sah
- Lamanya kawin : 1 tahun
- Umur saat Kawin : 28 tahun
- Berapa Kali kawin : 1 kali

➤ Riwayat Keluarga Berencana

- KB yang pernah digunakan : Belum pernah
- Lamanya : Tidak ada
- Efek samping : Tidak ada
- Alasan berhenti : Tidak ada
- Keterangan / Catatan : Tidak ada

➤ Riwayat Kehamilan yang lalu

- Apakah ada gangguan yang sangat
 - Nyeri epigastrium : Tidak ada
 - Sesak napas : Tidak ada
 - Nyeri perut : Tidak ada
 - Demam : Tidak ada
- Apakah ada muntah yang sangat : Tidak ada
- Hipertensi Dalam Kehamilan (HDK) : Tidak ada

➤ Selama hamil pemeriksaan di mana : Klinik dr. Rudi (Maumere)

➤ Riwayat kehamilan sekarang

- TM I : Berapa kali : 3 kali
- Keluhan : Mual di pagi hari
- Terapi : Antasida, B6

- TM II : Berapa kali : 3 kali
Keluhan : Tidak ada
Terapi : SF, kalk, Vit c
 - TM III : Berapa kali : 3 kali
Keluhan : Tidak ada
Terapi : SF, kalk, vit c
 - Imunisasi TT berapa kali : 2 kali
Kapan : 07-05-2017
 - Pergerakan janin pertama kali dirasakan pada usia kehamilan : 4 bulan
 - Keluhan selama hamil : Mual-mual
 - Terapi : Antasida, B6
- Riwayat persalinan yang lalu

No	Tahun Persalinan	Jenis persalinan	UK	Penolong	Tempat	Keadaan Bayi	Jenis kelamin	BB	KET
						LH/LM/M			
1.	INI	G1	P0	A0	AH0				

- Riwayat kesehatan
- Ibu tidak pernah menderita penyakit menular dan degeneratif lainnya.
- Apakah ada keturunan kembar : Ada, dari suami
- Keadaan psikososial
- Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilan : Keluarga senang dengan kehamilan ini
 - Dukungan dari keluarga : Suami mengantar ibu untuk memeriksakan kehamilannya
 - Tempat dan penolong yang diinginkan untuk menolong : RS dan bidan
 - Beban kerja setiap hari : Ibu melakukan kegiatan rumah tangga seperti mencuci, memasak, menyapu.
 - Jenis kelamin yang diharapkan : Sama saja laiki-laki ataupun perempuan

- Pengambilan keputusan dalam keluarga : Keputusan bersama suami dan istri
- Perilaku kesehatan
Ibu tidak pernah merokok, miras dan mengkonsumsi obat-obat terlarang.
- Latar belakang budaya
 - Kebiasaan melahirkan ditolong oleh : Bidan
 - Pantangan makanan : Tidak ada
 - Kepercayaan yang berhubungan dengan persalinan : Tidak ada
 - Ada kepercayaan yang berhubungan dengan nifas : Tidak ada
- Riwayat seksual
Tidak ditanyakan.
- Pola makanan
 - Jenis makanan : Nasi, sayur, ikan, telur, tempe, tahu
 - Frekuensi makanan : 3 kali/ hari
 - Nafsu makan : Baik, porsi makan dihabiskan
 - Jenis minuman : Air putih, susu
- Pola eliminasi
 - BAB
 - Frekuensi : 1 kali/ hari
 - Konsistensi : Lembek
 - Warna : Kuning
 - Bau : Khas feses
 - Keluhan : Tidak ada
 - BAK
 - Frekuensi : 6-7 kali/ hari
 - Warna : Kuning jernih
 - Bau : Khas amoniak
 - Keluhan : Tidak ada
- Pola istirahat / tidur
 - Tidur siang : 1 jam
 - Tidur malam : 6-7 jam
 - Keluhan : tidak ada

➤ Kebersihan diri

- Mandi : 2 kali/ hari
- Gosok gigi : 2 kali/ hari
- Keramas rambut : 3 kali/ minggu
- Ganti pakaian dalam : 2 kali/ hari
- Ganti pakaian luar : 2 kali/ hari
- Perawatan payudara : sudah dilakukan

B. DATA OBYEKTIF

- Pemeriksaan umum

- Keadaan umum : Baik
- Kesadaran : Composmentis
- Bentuk tubuh : Lordosis
- Ekspresi wajah : Ceria
- Tanda- tanda vital : TD : 120/80 mmHg
Pernapasan : 24x/menit
Suhu : 36,6°C
Nadi : 84x/menit
- Berat badan : Sebelum hamil : 45 kg
Sekarang : 51 kg
- Tinggi badan : 154 cm
- LILA : 24 cm

- Pemeriksaan fisik

❖ Inspeksi

- Kepala : Bersih, tidak ada benjolan, tidak ada kelainan
- Rambut : Hitam, bersih, tidak rontok, tidak ada ketombe
- Wajah
 - Bentuk : Oval
 - Pucat : Tidak ada
 - Cloasma gravidarum : Tidak ada
 - Oedema : Tidak ada

- Mata
 - Conjungtiva : Merah muda
 - Sclera : Putih
 - Oedema : Tidak ada
- Mulut dan gigi : Bersih, mukosa bibir lembab, tidak ada caries gigi, tidak ada stomatitis, gigi geligi lengkap
- Telinga : Simetris, tidak ada serumen
- Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembengkakan kelenjar limfe, tidak ada bendungan vena jugularis.
- Dada
 - Payudara : Simetris
 - Aerola mammae : Ada hiperpigmentasi
 - Puting susu : Menonjol, bersih
 - Retraksi/ dumpling : Tidak ada
- Abdomen : Membesar sesuai usia kehamilan
 - Luka bekas operasi : Tidak ada
 - Strie : Tidak ada
 - Linea alba : Ada
 - Linea nigre : Ada
- Ekstremitas : Normal, tidak ada kelainan, tidak ada varices, oedema -/-
- Genitalia : Tidak ada oedema dan varices
- Anus : Tidak ada hemoroid
- ❖ Palpasi
 - Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembengkakan kelenjar limfe, tidak ada bendungan vena jugularis.
 - Dada : Tidak ada benjolan, tidak ada massa, kolostrum kiri/kanan ada
 - Abdomen

- Leopold I : TFU 3 jari bawah px. Teraba bundar, lunak dan tidak melenting (bokong)
- Leopold II : Pada perut ibu bagian kiri teraba keras, datar dan memanjang seperti papan (punggung), pada bagian kanan teraba bagian terkecil janin
- Leopold III : Pada segmen bawah rahim teraba bulat, keras dan melenting (kepala).
- Leopold IV : Kepala sudah masuk PAP (divergen), penurunan kepala 4/5
- Mc Donald : TFU : 31 cm TBBA : 2945 gram
LP : Tidak dilakukan
- His : 1 x 30 menit, lamanya 10-15 detik
- Ekstremitas : Tidak ada oedema
- ❖ Auskultasi
- DJJ : Positif, terdengar keras, jelas dan tidak teratur pada perut ibu bagian kiri bawah pusat dengan frekuensi 164 x/menit
- ❖ Perkusi
- Reflek patella : Kanan (+)/kiri (+)
- ❖ Pemeriksaan panggul luar : Tidak dilakukan
- ❖ Pemeriksaan panggul dalam : Tidak dilakukan
- ❖ Pemeriksaan dalam :
- Tanggal : 05-06-2017 Pukul : 20.30 wita Oleh : Bidan
- Vulva : Tidak ada kelainan
- Vagina : Tidak ada kelainan
- Portio : Tebal
- Pembukaan : Belum ada
- ❖ Pemeriksaan penunjang
- Urine
 - Protein urine : Tidak dilakukan
 - Urine reduksi : Tidak dilakukan
 - Darah
 - Golongan darah : B
 - HB : 12,4 gr % (05-06-2017)
- ❖ Pemeriksaan khusus
- USG : Tidak dilakukan
 - Rontgen : Tidak dilakukan

II. ANALISA MASALAH DAN DIAGNOSA

DIAGNOSA	DATA DASAR
Ibu G1 P0 A0 AH10 UK 38 minggu 3 hari, janin tunggal, hidup, intrauterine, let-kep, dengan gawat janin	<p>DS : Ibu mengatakan hamil anak pertama, tidak pernah keguguran, sudah terlambat haid 9 bulan, ibu mengeluh perut rasa kencang-kencang, sakit perut menjalar ke belakang, ibu merasakan gerakan janin berkurang sejak pukul 18.00 wita, adanya pengeluaran pervaginam berupa lendir bercampur darah pukul 20.00 wita, ibu mengatakan belum ada pengeluaran air-air dari jalan lahir.</p> <p>Haid terakhir : 09-09-2016</p> <p>DO : TP : 16-06-2017</p> <p>KU: Baik</p> <p>Kesadaran : Composmentis</p> <p>Bentuk tubuh : Lordosis</p> <p>TTV : TD : 120/80 mmHg</p> <p>RR : 24x/m</p> <p>S : 36,6 °C</p> <p>N : 84x/m</p> <p>❖ Inspeksi</p> <p>Kepala : Bersih, tidak ada benjolan, tidak ada kelainan</p> <p>Rambut : Hitam bersih, tidak rontok, tidak ada ketombe</p> <p>Wajah : Oval, tidak pucat, tidak ada cloasma gravidarum, tidak ada oedema</p> <p>Hidung : Bersih, tidak ada polip, tidak ada secret</p> <p>Telinga : Simetris, tidak ada serumen.</p> <p>Mulut : Mukosa bibir lembab, tidak ada caries gigi, tidak ada stomatitis.</p> <p>Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid,</p>

	<p>tidak ada pembengkakan kelenjar limfe, serta tidak ada bendungan vena jugularis</p> <p>Dada : Payudara simetris, ada hiperpigmentasi areola, puting susu bersih dan menonjol.</p> <p>Abdomen : Membesar sesuai umur kehamilan, tidak ada luka bekas operasi, ada linie nigre dan alba.</p> <p>Ekstremitas : Tidak ada varices, tidak ada oedema</p> <p>❖ Palpasi</p> <p>Leopold I : TFU : 3 jari dibawah Px. Pada fundus teraba lunak, bundar, tidak melenting (bokong)</p> <p>Leopold II : pada perut ibu bagian kiri teraba keras, datar, rata seperti papan (punggung), sedangkan pada bagian kanan ibu teraba bagian terkecil janin</p> <p>Leopold III : Pada segmen bawah rahim teraba bulat, keras, melenting (kepala)</p> <p>Leopold IV : Kepala sudah masuk PAP (divergen), penurunan kepala 4/5</p> <p>Mc Donald : TFU : 31 cm</p> <p>TBBA : 2945 gram</p> <p>His 1 x 30 menit, lamanya 10-15 detik.</p> <p>❖ Auskultasi</p> <p>DJJ : (+), terdengar jelas, keras, kuat, tidak teratur, pada perut ibu bagian kiri bawah pusat, dengan frekuensi 164 x/menit</p> <p>❖ Perkusi</p> <p>Reflek patella : Kiri +/-kanan +</p>
--	---

III. ANTISIPASI MASALAH POTENSIAL

Antisipasi terjadinya partus lama, perdarahan dan infeksi pada ibu serta asfiksia dan kematian janin dalam kandungan (IUFD) pada janin.

IV. TINDAKAN SEGERA

- Anjurkan ibu untuk tidur miring kiri
- Pasang oksigen 3 L/menit
- Observasi kesejahteraan janin setiap 15 menit selama 30 menit

V. PERENCANAAN

Tanggal : 05-06-2017

Jam : 20.40 wita

Diagnose : Ibu G1 P0 A0 AH0 UK 38 minggu 3 hari, janin hidup, tunggal intrauterine, let-kep, dengan gawat janin

1. Lakukan pendekatan pada ibu dan keluarga.
R/ Terciptanya hubungan yang baik dan terjalin kerjasama yang baik antara pasien dengan tenaga kesehatan.
2. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan
R/ Cuci tangan merupakan cara pencegahan infeksi sehingga tidak terjadi penularan kuman dari petugas kesehatan kepada pasien atau sebaliknya.
3. Informasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan .
R/ Informasi yang jelas merupakan hak ibu dan keluarga agar lebih kooperatif dalam asuhan yang di berikan.
4. Anjurkan ibu untuk tidur miring kiri.
R/ Posisi tidur miring kiri agar tidak menekan vena cava inferior sehingga tidak menurunnya aliran darah dari ibu ke plasenta.
5. Ajarkan ibu teknik relaksasi.
R/ Relaksasi merupakan teknik untuk mengurangi nyeri yang dirasakan.
6. Lakukan pemasangan oksigen.
R/ Pemberian oksigen sebagai usaha untuk meningkatkan pergantian oksigen fetomaternal.

7. Observasi kesejahteraan janin.

R/ Observasi DJJ sangat penting dilakukan untuk memantau kesejahteraan janin.

8. Melakukan kolaborasi dengan dokter SpOG.

R/ Kolaborasi memudahkan dalam pemberian asuhan tindakan yang akan dilakukan.

9. Lakukan KIE kepada ibu dan keluarga tentang tindakan persiapan operasi yang akan dilakukan.

R/ KIE membantu keluarga memahami kondisi pasien saat ini dan tindakan yang akan dilakukan.

10. Lakukan pendokumentasian semua tindakan yang telah dilakukan.

R/ Sebagai bahan tanggung jawab dan tanggung gugat bagi bidan.

VI. PELAKSANAAN

Tanggal : 05-06- 2017

Jam : 21.50 wita

Diagnose : Ibu G1 P0 A0 AH0 UK 38 minggu 3 hari, janin hidup, tunggal intrauterine, let-kep, dengan gawat janin

Jam	Pelaksanaan	Paraf
21.50 wita	Melakukan pendekatan dengan ibu dan keluarga M/ Telah terjalin hubungan yang baik antar ibu dan bidan serta ibu dan keluarga bersedia untuk bekerja sama	
21.51 wita	Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan M/ Telah dilakukan cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan	
21.52 wita	Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu yaitu KU : baik, kesadaran : composmentis. TTV : TD : 120/80 mmHg N : 84x/menit S : 36,6 °C R : 24x/menit	

	<p>PD : Oleh bidan, V/V tidak ada kelainan, portio tebal, pembukaan belum ada.</p> <p>Keadaan janin kurang baik karena DJJ 164x/menit</p> <p>M/ Ibu dan keluarga menerima dan mengerti dengan penjelasan yang diberikan</p>	
21.55 wita	<p>Menganjurkan ibu untuk tidur miring kiri yaitu kaki kiri diluruskan dan kaki kanan dalam keadaan ditekuk</p> <p>M/ Ibu mengerti dan sudah tidur dalam posisi miring kiri</p>	
21.57 wita	<p>Mengajarkan ibu teknik relaksasi</p> <p>M/ Ibu dapat melakukan sesuai anjuran</p>	
21.58 wita	<p>Melakukan pemasangan oksigen 3L/menit</p> <p>M/ Oksigen telah terpasang</p>	
21.59 wita 22.00 22.15 22.30 22.45 23.00 23.15	<p>Mengobservasi kesejateraan janin tiap 15 menit</p> <p>Hasil observasi :</p> <p>DJJ 166 x/menit, terdengar jelas, kuat dan tidak teratur</p> <p>DJJ 165 x/menit, terdengar jelas, kuat dan tidak teratur</p> <p>DJJ 165 x/menit, terdengar jelas, kuat dan tidak teratur</p> <p>DJJ 166 x/menit, terdengar jelas, kuat dan tidak teratur</p> <p>DJJ 170 x/menit, terdengar jelas, kuat dan tidak teratur</p> <p>DJJ 174 x/menit, terdengar jelas, kuat dan tidak teratur</p> <p>M/ Observasi DJJ telah dilakukan</p>	
23.30 wita	<p>Melakukan kolaborasi dengan dokter SpOG</p> <p>M/ Kolaborasi telah dilakukan</p> <p>Advis : observasi ketat DJJ, jika tidak ada perubahan maka cito SC</p>	
23.45 wita	<p>Melakukan KIE pada ibu dan keluarga tentang persiapan operasi yang akan dilakukan meliputi informed choice dan informed consent</p> <p>M/ Ibu dan keluarga berunding dan setuju untuk melakukan SC</p>	
00.05 wita	<p>Melakukan pemasangan infus RL</p> <p>M/ Infus telah terpasang dengan kecepatan 20 tpm</p>	

00.10 wita	Melakukan skin test cefotaxime M/ Skin test telah dilakukan, tidak ada tanda-tanda alergi	
00.15 wita	Memasang dower kateter M/ Dower kateter telah terpasang	
00.25	Melayani injeksi cefotaxime 2 gr/IV M/ Injeksi cefotaxime telah dilakukan	
00.30 wita	Melakukan pendokumentasian semua tindakan yang akan dilakukan M/ Dokumetasi telah dilakukan	

VII. EVALUASI

Tanggal : 05-06-2017

Diagnose : Ibu G1 P0 A0 AH0 UK 38 minggu 3 hari, janin hidup, tunggal intrauterine, let-kep, dengan gawat janin

1. Telah terjalin hubungan yang baik antar ibu dan bidan serta ibu dan keluarga bersedia untuk bekerja sama
2. Telah dilakukan cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan
3. Ibu dan keluarga menerima dan mengerti dengan penjelasan yang diberikan
4. Ibu mengerti dan sudah tidur dalam posisi miring kiri
5. Ibu dapat melakukan sesuai anjuran
6. Oksigen telah terpasang
7. Observasi kesejahteraan janin telah dilakukan
8. Kolaborasi telah dilakukan
9. Ibu dan keluarga berunding dan setuju untuk melakukan SC
10. Telah terpasang infus RL dengan kecepatan 20 tpm
11. Skin test telah dilakukan, tidak ada tanda-tanda alergi
12. Dower kateter telah terpasang
13. Injeksi cefotaxime telah dilakukan
14. Dokumetasi telah dilakukan

CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal/Jam	Catatan Perkembangan	Paraf
06-06-2017 07.00 wita	<p>S : Ibu mengatakan nyeri luka operasi mulai terasa</p> <p>O : KU : Baik, Kesadaran : Composmentis</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TD : 120/70mmHg, Nadi : 84 x/menit, Suhu: 37 °C, RR: 20x/menit 2. Kontraksi uterus baik 3. TFU 2 jari bawah pusat 4. Pengeluaran pervaginam ± 20 cc 5. Luka operasi tertutup kasa steril 6. Terpasang cairan 2 jalur RL 500mL dan D5% drip analgetik (ketorolac) jalan baik 7. Terpasang dower kateter, produksi urine 400 cc <p>A: P1 A0 AH1, post SC 2 jam atas indikasi gawat janin</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengobservasi keluhan pasiendan tanda-tanda vital 2. Menganjurkan ibu agar istirahat yang cukup 3. Menganjurkan ibu agar memberikan ASI kepada bayinya 4. Menganjurkan ibu agar mobilisasi secara bertahap <p>S : Ibu mengatakan nyeri luka operasi</p> <p>Ibu mengatakan sudah bisa tidur miring kiri, miring kanan</p> <p>O : KU : Baik, Kesadaran : Composmentis</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TD : 110/70 mmHg, Suhu : 36,7 °C, Nadi : 80x/menit, RR : 18 x/menit 2. TFU 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik 3. Lochea rubra 4. Luka operasi tertutup kasa steril 5. Terpasang infus 2 jalur, cairan RL dan cairan D5% drip analgetik (ketorolac) 	

<p>07-06-2017 07.30 wita</p>	<p>6. Terpasang dower kateter, produksi urine 200 cc 7. Ibu dapat mobilisasi tidur miring kiri dan miring kanan A : P1 A0 AH1, post SC 1 hari atas indikasi gawat janin P : 1. Menjelaskan pada ibu bahwasana nyeri yang ibu rasakan akan berkurang secara perlahan-lahan dengan proses penyembuhan bertahap 2. Mengobservasi jalannya cairan infus 3. Mengobservasi tanda-tanda infeksi 4. Menganjurkan ibu agar konsumsi makanan gizi seimbang, diet tinggi kalori tinggi protein agar proses penyembuhan luka operasi baik dan tidak terjadi infeksi 5. Memfasilitasi ibu untuk menjaga personal hygiene 6. Melayani injeksi kalnex 1 gram/IV 7. Melayani injeksi cefotaxim/IV 8. Menganjurkan keluarga agar memberi ibu makan minum 9. Mengobservasi tanda-tanda vital, TD : 110/70 mmHg, Nadi : 82 x/menit, Suhu : 36,5 °C, RR : 20 x/menit 10. Memfasilitasi ibu menyusui bayinya 11. Mengaff down kateter 12. Menganjurkan ibu agar menjaga pola istirahat S : Ibu mengatakan nyeri luka operasi berkurang Ibu mengatakan sudah bisa bangun duduk Ibu mengatakan sudah menyusui bayinya O : KU : Baik, Kesadaran : Composmentis 1. TD : 120/70 mmHg, Suhu : 37 °C, Nadi : 80 x/menit, RR : 16 x/menit</p>	
----------------------------------	--	--

<p>08-06-2017 07.30 wita</p>	<ol style="list-style-type: none"> 2. Produksi ASI (+) 3. Kontraksi uterus baik 4. TFU 2 jari bawah pusat 5. Pengeluaran pervaginam ± 10 cc 6. Lochea rubra 7. Tidak ada tanda-tanda infeksi luka operasi <p>A : P1 A0 AH0 post SC 2 hari atas indikasi gawat janin</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memfasilitasi ibu untuk menjaga personal hygiene agar luka operasi tidak terjadi infeksi 2. Menganjurkan ibu agar tetap mempertahankan pola makan tinggi kalori tinggi protein agar membantu proses penyembuhan dan upaya pencegahan infeksi 3. Memotivasi ibu agar tetap dan sesering mungkin menyusui bayinya 4. Menganjurkan ibu agar tetap mobilisasi secara bertahap 5. Mendampingi dokter visite, advis : <ol style="list-style-type: none"> a) Aff infus b) Terapi oral lanjut 6. Mengaff infus 7. Melakukan perawatan luka, tidak ada tanda-tanda infeksi 8. Mengobservasi tanda-tanda vital, TD : 110/80 mmHg, Suhu : 36,6 °C, Nadi : 82 x/menit, RR : 18 x/menit 9. Memfasilitasi ibu untuk mobilisasi 10. Memfasilitasi ibu untuk makan minum <p>S : Ibu mengatakan nyeri luka operasi berkurang Ibu mengatakan dapat menyusui bayinya dengan baik</p>	
----------------------------------	--	--

<p>09-06-2017 07.30 wita</p>	<p>O : KU : Baik, Kesadaran : Composmentis</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TD : 120/70 mmHg, Suhu : 36,8 °C, Nadi : 82 x/menit, RR : 18 x/menit 2. Kontraksi uterus baik 3. TFU 2 jari bawah pusat 4. Lochea rubra 5. Produksi ASI (+) 6. Tidak ada tanda-tanda infeksi luka operasi <p>A : P1 A0 AH1, post SC 3 hari atas indikasi gawat janin</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan pada ibu bahwa nyeri akan hilang bersama proses penyembuhan 2. Menganjurkan ibu agar tetap memberi ASI kepada bayinya 3. Menganjurkan pada ibu untuk tetap menjaga personal hygiene agar tidak terjadi infeksi luka operasi 4. Menganjurkan pada ibu agar tetap mengkonsumsi makanan tinggi kalori tinggi protein 5. Mendampingi ibu saat visite dokter, advis : Pasien boleh pulang 6. Melakukan perawatan luka operasi, tidak ada tanda-tanda infeksi, luka operasi kering 7. Melakukan konseling pada ibu sebelum ibu pulang, yaitu : <ol style="list-style-type: none"> a) Menganjurkan pada ibu agar menggunakan alat kontrasepsi untuk menjarangkan kehamilan b) Tetap mengkonsumsi makanan tinggi kalori tinggi protein c) Menganjurkan ibu agar menjaga 	
----------------------------------	---	--

	<p>kebersihan luka operasi sehingga tidak terjadi infeksi</p> <p>d) Menganjurkan ibu agar control ulang sesuai jadwal yang diberikan</p> <p>8. Ibu pulang bersama bayi dalam masa pemulihan</p>	
--	---	--

KUNJUNGAN RUMAH

Tanggal/Jam	Catatan Perkembangan	Paraf
10 Juni 2017 16.00 wita	<p>S : Ibu mengatakan masih merasa sakit pada luka operasi</p> <p>Ibu mengatakan mobilisasi baik</p> <p>Ibu mengatakan masih keluar darah sedikit-sedikit dari jalan lahir</p> <p>O: 1. KU : Baik, kesadaran : composmentis</p> <p>TD : 110/80 mmHg, Suhu 37 °C, Nadi : 82 kali/menit, RR 20 x/menit</p> <p>2. Produksi ASI baik</p> <p>3. Kontraksi uterus baik</p> <p>4. TFU 3 jari bawah pusat</p> <p>5. Lochea sanguinolenta</p> <p>6. Luka operasi kering, tidak ada tanda-tanda infeksi</p> <p>A : P1A0AH1, post SC 4 hari atas indikasi gawat janin</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memotivasi ibu agar tetap mempertahankan pola makan yang bergizi seimbang untuk mempercepat proses penyembuhan 2. Memotivasi ibu agar tetap menjaga personal hygiene 3. Memotivasi ibu agar tetap menyusui bayinya 4. Memotivasi ibu agar tetap konsumsi obat oral sesuai dosis yang diberikan 5. Memotivasi ibu agar tetap mempertahankan pola istirahat 	

<p>12 Juni 2017</p> <p>16.00 wita</p>	<p>S : Ibu mengatakan luka operasi masih sakit</p> <p>Ibu mengatakan dapat istirahat dengan baik</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. KU : Baik, kesadaran : composmentis TD : 110/80 mmHg, suhu : 36, 7°C, nadi : 82 x/menit, RR : 18 x/menit 2. Produksi ASI baik 3. Kontraksi uterus baik 4. TFU 3 jari bawah pusat 5. Luka operasi kering, tidak ada tanda-tanda infeksi <p>A : P1A0AH1 post SC 6 hari atas indikasi gawat janin</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan ibu agar tetap melakukan perawatan masa nifas dengan memperhatikan atau mempertahankan pola makan, pola istirahat dan personal hygiene 2. Menganjurkan ibu agar tetap menjaga kebersihan luka operasi agar tidak terjadi infeksi 3. Menganjurkan ibu agar tetap memberi ASI kepada bayinya 4. Konseling agar ibu menggunakan alat kontrasepsi untuk menjarangkan kehamilan 	
<p>14 Juni 2017</p> <p>17.00 wita</p>	<p>S : Ibu mengatakan luka operasi masih sakit</p> <p>Ibu mengatakan dapat istirahat dengan baik</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. KU : Baik, kesadaran : composmentis TD : 120/80 mmHg, suhu : 36,6°C, nadi 80 	

	<p>x/menit, RR : 16 x/menit</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Produksi ASI baik 3. Kontraksi uterus baik 4. TFU ½ pusat-simpisis 5. Luka operasi kering, tidak ada tanda-tanda infeksi <p>A : P1A0AH1 post SC 7 hari atas indikasi gawat janin</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan ibu agar tetap melakukan perawatan masa nifas dengan memperhatikan atau mempertahankan pola makan, pola istirahat dan personal hygiene 2. Menganjurkan ibu agar tetap menjaga kebersihan luka operasi agar tidak terjadi infeksi 3. Menganjurkan ibu agar tetap memberi ASI kepada bayinya 4. Konseling agar ibu menggunakan alat kontrasepsi untuk menjarangkan kehamilan 	
--	---	--



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN**

Jl. Manafe No. 17 Kota Baru Oebufu Kupang
Tlp/Faks. (62-0380) 8553961/8553590
Kupang-NTT Indonesia, e-mail : stikeschmk@yahoo.com

LEMBAR KONSULTASI LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama : Ariance Rike
NIM : 142111007
Pembimbing I : Appolonaris T. Berkanis, S.Kep.,Ns, M.HKes

No	Hari/Tanggal	Topik Yang Dikonsultasikan	Catatan Pembimbing	Paraf
1	Sabtu, 06 Juni 2017	Judul	ACC Judul	
2	Selasa, 04 Juli 2017	Bab I	Revisi bab I Konsul bab II & III	
3	Kamis, 13 Juli 2017	Bab I, II, & III	ACC bab I Revisi bab II & III	
4	Jumat, 14 Juli 2017	Bab II & III	ACC bab II & III Lanjut bab IV & V ke Pembimbing II	
5	Sabtu, 12 Agustus 2017	Bab I-V	ACC Siap Ujian	



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN**

Jl. Manafe No. 17 Kota Baru Oebufu Kupang
Tlp/Faks. (62-0380) 8553961/8553590
Kupang-NTT Indonesia, e-mail : stikeschmk@yahoo.com

LEMBAR KONSULTASI LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama : Ariance Rike
NIM : 142111007
Pembimbing II : Yohana F. Lumu Ladjar, SST

No	Hari/Tanggal	Topik Yang Dikonsultasikan	Catatan Pembimbing	Paraf
1	Senin, 24 Juli 2017	Bab II & Bab IV	Revisi Bab II & IV	
2	Kamis, 03 Agustus 2017	Bab II, IV & V	ACC bab II Revisi bab IV & V	
3	Sabtu, 05 Agustus 2017	Bab IV & V	Revisi bab IV & V	
4	Senin, 07 Agustus 2017	Bab IV & V	Revisi bab IV (Pembahasan)	
5	Selasa, 08 Agustus 2017	Bab IV & V Abstrak	Revisi bab IV (Pembahasan) Revisi Abstrak Siap Ujian	
6	Kamis, 10 Agustus 2017	Bab IV & V Abstrak	ACC	



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN**

Jl. Manafe No. 17 Kota Baru Oebufu Kupang
Tlp/Faks. (62-0380) 8553961/8553590
Kupang-NTT Indonesia
e-mail : stikeschmk@yahoo.com

LEMBAR KONSULTASI REVISI LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama : Ariance Rike

NIM : 142111007

Penguji I : Jeni Nurawati, SST., M. Kes

No	Hari/Tanggal	Topik Yang Dikonsultasikan	Catatan Pembimbing	Paraf
1	Sabtu, 09/09/2017	Bab I - Bab V	Pembahasan Bab IV. Lampiran, Asuhan/ Pelaksanaan, Validasi.	
2	Kamis, 14/09/2017	Abstrak. Bab IV, Askeb.	Abstrak Bab IV Pembahasan Asuhan/pelaksanaan	
3	Sabtu, 16/09/2017	Abstrak. Bab IV Askeb	Abstrak Lampiran, Asuhan	
4	Senin, 18/09/2017	Bab I - Bab V	Ace	
5				



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN**

Jl. Manafe No. 17 Kota Baru Oebufu Kupang

Tlp/Faks. (62-0380) 8553961/8553590

Kupang-NTT Indonesia

e-mail : stikeschmk@yahoo.com

LEMBAR KONSULTASI REVISI LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama : Ariance Rike

NIM : 142111007

Penguji II : Appolonaris T. Berkanis, S.Kep.,Ns, M.HKes

No	Hari/Tanggal	Topik Yang Dikonsultasikan	Catatan Pembimbing	Paraf
1	Sabtu, 16/09/2017	Bab I-V	Revisi Abstrak, Bab I-V	
2	Senin, 18/09/2017	Abstrak Bab I-V	Revisi Abstrak, Bab IV	
3	Rabu, 20/09/2017	Abstrak Bab I-V	Revisi Bab IV	
4	Sabtu, 23/09/2017	Bab I-V	ACC	
5				



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN**

Jl. Manafe No. 17 Kota Baru Oebufu Kupang
Tlp/Faks. (62-0380) 8553961/8553590
Kupang-NTT Indonesia
e-mail : stikeschmk@yahoo.com

LEMBAR KONSULTASI REVISI LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama : Ariance Rike

NIM : 142111007

Penguji III : Yohana F. Lumu Ladjar, SST

No	Hari/Tanggal	Topik Yang Dikonsultasikan	Catatan Pembimbing	Paraf
1	Selasa 19/9-2017	Bab I-V	Revisi pengetikan, isi dan iskeb, Lengkapi	
2	Senin 25/9-2017	Bab I-V	Daftar Pustaka belum lengkap & salah tahun. Penomoran	
3	Rah 28/9-17	Bab I-V	Acc. Sebelum Jilid sy lihat lagi	
4				
5				